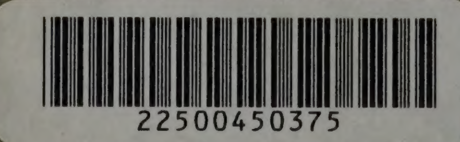
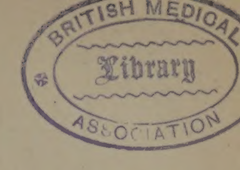

81.


22500450375





REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

TREIZIÈME ANNÉE

TOME XXVI

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1885

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXVI

ANATOMIE.

Nerf auditif, *Ferré;* circonvolutions frontales, *Chiarugi*, 1. — Nerf récurrent, *Chaput;* crosse de l'aorte, *Rindfleisch*, 2. — Artères fessière et ischiatique, *Chalot*, 3. — Veines du pied, *Bourceret*, 4. — Vaisseaux placentaires, *Schatz;* squelette des extrémités, *Retterer*, 5. — Condyle occipital, *Romiti;* sillon suprafontal, *Zoja;* capsules surrénales accessoires, *Chiari*, 7. — Canaux de Gartner, *Rieder;* amnios, *Beneden*, *Julin*, 8. — Cellules dentelées, *Delépine;* oreille, *Zuckerkandl*, 9.

PHYSIOLOGIE.

Excitation du cerveau, *Vulpian*, 10, 11, 12. — Centre respiratoire, *Nitschmann*, 12. — Centre de coordination, du cœur, *Kronecker*, *Schmey;* action de l'anse de Vieussens, *Rogowicz*, 13. — Battements du cœur, *Ehrmann*, 14. — Innervation du cœur, *Pawlow*, 15. — Hémoglobine du sang, *Otto*, 16. — Coagulation sanguine, *Schuninelbusch;* contraction des vaisseaux sanguins, *Gartner*, 19 — Irritabilité des muscles, *Orchanski*, 20. — Contraction musculaire, *Bloch*, 21; *Varigny*, 22. — Marche, *Marey;* influence des nerfs sur la calorification, *Richet*, 22. — Mouvements des cellules de la rétine, *Engelmann*, 23. — Sensations colorées, *Parinaud*, *Charpentier*, 24. Innervation du pylore, *Oser*, 25. — Digestion, *Herzen*, *Lereschc*, 26. — Absorption du sucre, *Müller*, *Smith*, 27. — Fécondation, *Eberth*, *Darestc*, 29. — Contraction du vagin, *Jastreboff*, 30.

CHIMIE MÉDICALE.

Suc gastrique, *Schütz;* substances azotées, *Stutzer*, 31. — Acides amidés, *Schultze;* caséine, *Frenzel*, *Weyl*, 32. — Matières colorantes du sang, *Nencki*, *Sieber;* sang des cholériques, *Cantani;* urine diabétique, *Seegen*, 33. — Azote de l'urine, *Bohland*, *Pflüger*, 34. — Alcaloïdes de l'urine, *Villiers;* acide oxybutyrique, *Deichemuller*, *Tollens*, 35. — Chlore de l'urine, *Zuelzer;* acide phénaciturique, *Salkowski;* urine après l'usage de la kairine, *Petri*, 36. — Urines rosaciques, *Verneuil;* urée et cancer, *Thiriar*, *Kirmisson*, 37. — Indol, *Salkowski;* bases organiques, *Kossel*, 38. — Ptomaïnes, *Brieger;* recherche de la strychnine, *Chandelon*, 39.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Sang après les hémorragies, *Siegel*, *Maydl*, 40. — Anévrismes, *Lévachoff;* cicatrisation des artères, *Zahn*, 41; *Senn*, 42. — Greffe musculaire, *Salvia*, 42. — Réaction des matières infectieuses, *Frank*, 43. — Gangrène gazeuse, *Chauveau*, 44; *Charrin*, 45. Suppuration, *Socin*, *Gari*, 45. — Passage de microbes à travers le placenta, *Koubassof;* microbe de la pneumonie, *Canali*, *Zampettai*, *Maguire*, 46; *Lumbrosa*, 47. — Tuberculose, *Arloing*, 47. — Oreillons, *Boinet;* bacilles du jéquirity, *Salomonsen*, *Holinfeld*, 48. — Fièvre jaune, *Freire*, *Rebourgeon;* microbe puerpéral, *Bumm*, 49. — Extirpation du foie, *Minkowski;* urée du sang, *Meige*, 50. — Contractions vaginales, *Swiecicki*, 51.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Pelletiérine, *Schrœder*, 52. — Euphorbia, *Marset*, 53. — Ciguë, *Lepage;* hydrastine, *Sattler*, 54. — Convallaria, *Falkenheim;* aconit, *Cullinghmore*, 55. — Cinchonamine, *Sée*, *Bochefontaine*, thalline, *Jaksch*, *Mingazzini*, *Pisenti*, 56; *Alexander*, 57. — Cascara, *Eymeri*, *Landowski;* chandoo, *Nicolas*, 57.—Fer, *Debierre*, *Linossier;* nickel, cobalt, *Stuart*, 68. — Acide anisique, *Turci*, 51. — Empoisonnements : par l'iodoforme, *Behring*; par le sulfure de carbone, *Berbez*, 61; par l'ammoniaque, *Garnier*, 62; par le chlorate de potasse, *Leichtenstern;* injections de chloroforme, *Blocq*, 63.

THÉRAPEUTIQUE.

Bains chauds, *Finkler*, *Pletzer*, 63. — Traitement hydrique, *Ranney;* injections intra-pulmonaires, *Truc*, 64. — Injections trachéales, *Bergeon*, *Brancaccio*, 65. — Traitement de la diphtérie, *Delthil*, *Féréol*, *D'heilly*, *Dujardin-Beaumetz*, *Gibbs*, *Syckel*, *Muselli*, *Linn*, *Lange*, *Couetoux*, *Le Blond*, *Kelly*, 65. — Cocaïne, *Hall*, *Bull*, *Burke*, *Jakson*, *Bodone*, *Mackenzie*, *Campbell*, *Owen*, *Hodges*, *Murrel*, *Caudwell*, *Masucci*, *Obissier*, *Otis*, 68. — Antipyrine, *Kostyleff*, *Mitropolsky*, 71; *Draper*, 72. — Agaricine, *Probsting*, *Francotte*, 72. — Pilocarpine dans la pneumonie, *Mollière*, *Fochier*, *Brown*, 72. — Choc électrique, *Eggleston*, 73. — Borate de quinine. *Finkler*, *Prior*, 74. — Traitement du tabes, *Eulenburg*, *Bokai*, *Rumpf*, *Niermeyer*, *Schultz*, *Svensson*, *Rosenstein*, *Grasset*, 74. — Diabète, *Giovanni;* dyspepsie, *Herzen*, *Debove*, 77. — Obésité, *Engel;* choléra, *Senise*, 78. — Dyssenterie, *Schtchegloff*, *Kampf;* brûlures, *Squibbs*, 79.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Leçons, *Jaccoud*, 79. — Géographie médicale, *Poincaré*, 81; *Nielly*, 82. — Maladies de l'estomac, *Riegel*, *Litten*, *Reichmann*, *Rossbach*, *Treille*, *Lereboullet*, *Rosenthal*, *Cahn*, *Bouchard*, *Thiebaut*, *Sée*, *Mathieu*, *Argaez*,

Baradat, Montaya, Galliard, Laprevotte, Beaumetz, Œttinger, Comby, 83; *Kredel, Stiénon, Gallard, Chvostek, Glaser, Lewin, Whipham, Testi, Deschamps*, 94. — Maladies du foie, *Chauffard*, 98; *Stadelmann, Debove, Scarpari, Trastour, Gerhardt, Rendu, Toelg, Neusser, Rondot, Hanot, Cyr, Roth, Simanowsky, Coignard*, 99; *Milward, Chauffard, Kelsch, Kiener, Fayrer, Netter, Mosler, Sabourin, Tuffier, Giraudeau, Merklen, Gilson, Bellangé*, 105; *Wagner, Brissaud, Sabourin, Mazzotti, Smith, Roberts, Moroux, Achard*, 114; *Greenish, Simmonds, Hayem, Gilbert, Bouveret, Delafield, Krauss, Faille, Bradbury, Harley*, 119. — Bruit œsophagien, *Barety*, 124. — Peptonurie, *Grocco*, 125. — Tuberculose, *Weichselbaum, Quinlan, Lajoue, Albrecht, Coze, Simon, Martin, Vallin, Gombault, Chauffard, Grancher, Acker, Imlach, Powell, Bennet, Fernet*, 125; *Babès, Kowalski, Schlegtendal, Ballagi, Ziehl, Hugueny, Mackenzie, Weichselbaum, Wesener, Déjerine, Baumgarten, Sormani, Letulle, Zienkiewitch*, 132; *Dunin, Vogel, Riegel, Sarda, Redard, Cosselin, Mayet, Duguet, Williams, Senator, Fernet, Renaud, Rouanet*, 138. — Grippe, *Seifert*, 144. — Diphtérie, *de Gassicourt, Francotte, Jacobi, Stumpff, Willoughby, Salter, Gustin, Lefferts, Heubner, Wolff, Klebs, Paget, Stadthagen, Widerhofer, M'Swiney, Kidd, Genhart, Bernhardt, Fürbringer, Fischl, Herschel*, 144. — Pneumonie, *Henry*, 157. — Ascite chyleuse, *Letulle*; panaris analgésique, *Morvan*, 153. — Béribéri, *Feris*; anévrisme de l'aorte, *Didion*, 159.

GYNÉCOLOGIE.

Menstruation, *Heitzmann*, 160. — Aménorrhée, *Doering*; fausses tumeurs, *Krukenberg*; psoriasis utérin, *Zeller*, 161. — Hydrocèle, *Hennig*, 163. — Anomalies de l'hymen, *Dohrn*; massage, *Prochownick*, 164. — Inversion utérine, *Schülein, Polaillon*, 165. — Perforation de l'utérus, *Zahn*; fibromes, *Schorler*, 166. — Hystérectomie, *Bœckel, Keith, Pozzi*, 168. — Toilette du péritoine, *Baumgärtner*; castration, *Müller*, 169. — Ovariotomie, *Savage*; opération d'Alexander, *Rivington*, 170. — Hystérotomie, *Wallace, Duncan*, 171.

OBSTÉTRIQUE.

Liquide amniotique, *Haidlen*, 171. — Couveuses, *Credé*, 172. — Peptonurie puerpérale, *Fischel*; intervalle entre les accouchements, *Kleinwächter*, 173. — Endométrite purulente, *Donat*, 174. — Electricité dans l'accouchement, *Bumm, Bayer*, 175. — Rétrécissement du bassin, *Litzmann*, 177. — Pelvimétrie, *Löhlein*; incisions du périnée, *Credé, Culpe*, 178. — Rigidité du col, *Doléris*, 179. — Cancer dans la grossesse, *Coroenne*; cimicifuga chez les accouchées, *Knox*, 180. — Basiotribe, *Bar, Pinard*, 181. — Crâniotomie, *Thorn, Credé*, 182. — Opération césarienne, *Fehling, Chalot, Jassinski, Lumpe, Martin, Leopold, Fernwald*, 183; *Warker, Dolan*, 186. — Grossesse extra-utérine, *Freund, Vulliet, Beaucamp, Werth, Teuffel, Tait, Reumert, Kœnig, Macdonald, Bouzol*, 187.

DERMATOLOGIE.

Prurigo, *Riehl*, *Caspary*, 192. — Erythèmes, *Leloir*, 193; *Berbez*, 194 ; *Bœck*, 195. — Eczéma des fileurs, *Leloir;* lichen buccal, *Thibierge*, 195. — Psoriasis, *X...;* urticaire, *Behrend*, *Michelson*, *Lissa*, 196. — Zona, *Dubler*, 197. — Pemphigus, *Colrat;* sclérodermie, *Mathieu*, 198. — Kératome, *Unna*, 199. — Xanthelasma, *Eichhoff*, 200; *Balzer*, *Dubreuilh*, 201. — Mycosis, *Fabre*, 202. — Lupus, *Leloir*, *Besnier*, 203; *Doutrelepont*, *Schütz*, 204. — Lèpre, *Hansen;* acné varioliforme, *Grünewald*, 204. — Naphtol dans les dermatoses, *Sombret*, 207.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Traité, *Cooper*, 287. — Bacilles de la syphilis, *Lustgarten*, *Doutrelepont*, *Schütz*, 208. — Inoculation du chancre, *Pontaupidan*, 209. — Réinfection syphilitique, *Zabolossky;* syphilis des nouveau-nés, *Petersen;* syphilis pulmonaire, *Kœniger*, *Réthi*, 210. — Tabes syphilitique, *Fournier*, 211. — Névralgie syphilitique, *Diffre;* artérite syphilitique, *Leudet*, 212. — Leucodermie, *Neisser;* excision du chancre, *Schiff;* chancre mou de l'amygdale, *Thomaschewsky*, 214. — Gonococcus, *Bumm*, 215; *Oppenheimer*, 216; *de Pezzer*, 217. — Funiculite, *Neumann;* traitement de la blennorragie, *Barduzzi*, 218.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

Traités, *Poulet*, *Bousquet*, *Le Bec*, *Reclus*, 219. — Pansements, *Guérin*, *Rönnberg*, *Balzer*, *Bruns*, *Hofmokl*, 220. — Autoplastie, *Krönlein*, 225. — Tumeurs palatines, *Magitot*, 226. — Plaie de la moelle, *Fischer*, 227. — Spina bifida, *Turretta*; plaies du cœur, *Rose*, 228.

Gastrostomie, *Lawrie*, *Maydl*, *Patzelt*, *Reid*, *Thornton*, *Cérenville*, *Terrillon*, *Ransohoff*, *Whittaker*, *Segond*, *Gross*, *Mikulicz*, *Hacker*, *Winslow*, *Southam*, *Tiling*, *Facilides*, 229. — Cholécystotomie, *Fleury*, *Savage*, *Tait*, *M'Gill*, *Musser*, *Keen*, *Briddon*, *Taylor*, *Meredith*, *Winiwarter*, *Gaston*, *Parkes*, *Bœckel*, *Cyr*, *Witzel*, *Brun*, *Maunoury*, *Roth*, *Courvoisier*, *Thiriar*, 235. — Plaies de l'abdomen, hernies, occlusions : *Parkes*, *Bull*, *Estes*, *Hegetschweiler*, *Bouilly*, *Berger*, *Chauvel*, *Chavasse*, *Rokitansky*, *Hagen-Torn*, *Roux*, *Felsenreich*, *Hofmokl*, *Englisch*, *Weir*, 247; *Thibierge*, *Bryant*, *Taylor*, *Merklen*, *Shively*, *Kussmaul*, *Cahn*, *Senator*, *Hasenclever;* *Chantemesse*, *Faucher*, *Whittaker*, *Boudet*, *Schramm*, *Obalinsky*, *Baum*, *Feld*, *Macdonald*, 254; *Verneuil*, *Reclus*, *Lockwood*, *Trélat*, *Makins*, *Mensel*, *Duménil*, *Folet*, *Hahn*, *Busch*, *Edmunds*, *Whitehead*, *Treves*, *Tait*, 263; *Lannelongue*, *Frémont*, *Witehead*, *Pozzi*, *Baker*, *Bœckel*, *Dittel*, *Henck*, *Poliosson*, 271. — Maladies des voies urinaires : *Guyon*, 277; *Reliquet*, 277; *Thompson*, 278; *Castel*, *Partsch*, *Folet*, *Eger*, *Patterson*, 279; *Borde*, *Wittelshöfer*, *Hill*, *Kalsenbach*, 281 ; *Hurry*, *Horovitz*, 283; *Guillaume*, 284; *Alem*, *Girou*, 285; *Gluck*, *Sonnenburg*, *Zeller*, *Thiersch*, *Julliard*, *Bull*, *Malherbe*, 286; *Weir*, *Antal*, *Millet*, 289; *Englisch*, 290; *Cartaz*, 291. — Erysipèle, *Neelson*, 292. — Cancer du sein, *Simmonds*; tétanos, *Bernhardt;* anévrisme, *Pollosson;* goitre, *Bœckel*, 294. — Orteil à marteau, *Blum*, *Mollière*, 295. — Exostose, *Poulet;* résections, amputations, *Mikulicz*, 295; *M'Cann*, *Bland*, *Ollier*, 297. — Périostites, *Terrillon;* synovites, *Markoe*, 298.

OPHTALMOLOGIE.

Anesthésie, *Gayet*, 298. — Tumeur de l'orbite, *Rübel ;* extirpation de l'œil, *Abadie;* ophtalmie jéquiritique, *Brailey*, *Pigeen*, 299; *Jewseienko ; Bruylants*, *Venneman*, *Deneffe*, *Butler*, *Wecker*, 300. — Conjonctivite, *Brailey ;* kératite, *Leplat*, *Widmark ;* troubles oculaires dans le goitre, *Dianoux*, 303. — Amaurose, *Weber ;* cataracte, *Waldhauer, Lange*, 304; *Wecker*, 305. — Glaucome, *Ulrich*, *Sargents*, 305. — Choroïdite, *Prost ;* érythropsie, *Hilbert*, 306. — Rétinite, *Wicharkiewicz*, *Mauthner*, 307. — Sarcome oculaire, *Lange ;* tuberculose oculaire, *Haab*, 308.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Tuberculose des amygdales, *Strassmann*, 308. — Pharyngite, *Rennie*, *Schuchardt*, 309 — Asthme des foins, *Sajous ;* déviations de la cloison, *Mackenzie*, 310 ; *Berger*, 311. — Coryza, *Mackenzie*, *Lœwenberg*, 312 ; *La Hotte*, *Massei*, 313. — Corps étranger du nez, *Parker*, maladies de la gorge, *Nichel*, 314. — Herpès laryngé, *Chapman ;* lupus laryngé, *Haslund*, 315. — Tuberculose laryngée, *Moure ;* néoplasmes laryngés, *Massei*, 316. — Sténoses laryngées, *Janeway*, *Schmiegelow*, *Pieniazeck*, 317. — Extirpation du larynx, *Leisrinck*, 317 ; *Zesas*, 318. — Surdité, *Moos*, *Connor*, 319. — Otite, *Nothnagel*, 319; *Cassels*, *Lucas*, *Nathan*, 320. — Otite blennorragique, *Hermet ;* polypes de l'oreille, *Weydner*, 321. — Résection de l'apophyse mastoïde, *Wanscher*, *Kühn*, 322. — Exostoses de l'oreille, *Moos*, retrécissement de la trompe, *Gellé ;* 323.

REVUE GÉNÉRALE.

Des relations du tabes dorsal et de la syphilis, *Ricklin*, 324.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 355.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXVI

ANATOMIE.

Hémisphères cérébraux, *Fuchs*, 401. — Corps calleux chez l'embryon, *Hamilton*, 402. — Trajet des fibres dans la moelle, *Lustig;* développement des glandes vasculaires, *Retterer*, 403. — Développement du cœur, *Assaky*, 404. — Embryologie de l'œil, *Beyro*, 405. — Fibres nerveuses de la rétine, *Bernheimer;* corpuscules nerveux de la conjonctive, *Suchard*, 406. — Veines du rachis, *Walter*, 407. — Nerfs des muscles, *Mays*, 408. — Développement des protovertèbres, *Fol;* col du fémur, *Charpy*, 409. — Cavité glénoïde de l'omoplate, *Assaky;* articulations de l'épaule et du coude, *Fürbringer*, 410. — Inversion viscérale, *Fol*, *Warynski*, 411. — Technique, *Beevor*, 412.

PHYSIOLOGIE.

Travaux du laboratoire, *Laborde*, 412.— Fonctions du cerveau, *Levillain*, 414. — Excitation de l'écorce cérébrale, *Lewaschew*, 415. — Voies de conduction de la moelle, *Gad*, 416. — Réflexes, *Rosenthal*, 417. — Circulation du cœur, *Hermann*, 418. — Coagulation du sang, *Löwit*, 419; *Laker*, 420. — Formation de la lymphe, *Rogowicz*, 421. — Recherches myothermiques, *Fick*, 422. — Phonation, *Martel*; absorption des rayons ultra-violets, *Soret*, 424. — Combustion des aliments, *Danilewsky*, 425. — Digestion stomacale, *Finkler*, *Ruchle*, 426; *Rossbach*, 427; *Quetsch*, 428. — Ferments des sécrétions végétales, *Hansen*, 420. — Glandes à mucus, *Stöhr*, 430. — Circulation de la bile, *Weiss*, 431. — Rumination, *Bouchaud;* menstruation, *Lœwenthal*, 432. — Amygdales, *Stöhr*, 434. — Poids du corps, *Zuelzer*, 435.

CHIMIE MÉDICALE.

Résorption des matières grasses, *Landwehr*, 435. — Acides de l'estomac, *Uffelmann*, 438; *Dujardin-Beaumetz*, 439. — Hémialbumose, *Herth*, 440. — Peptonurie et peptones, *Wasserman;* identité de la diastase, *Bourquelot*, 441. — Réaction du sucre et de l'albumine, *Axenfeld*, *Baas*, 443; *Memminger*, 444. — Dosage de l'azote dans l'urine, *Pflüger*, *Bohland*, 444. — Pepsine et trypsine dans l'urine, *Salhi*, 445. — Cystine dans l'urine, *Stadthagen*, 446. — Réaction diazobenzoïque dans la tuberculose, *Grundies;* méthémoglobine, *Jäderholm*, 447. — Réactifs du sucre, *Rubner*, 449. — Transformation des alcools, *Thierfelder*, *Mering*, 450. — Ptomaines, *Bocklisch*, 451; *Vandevelde*, 453. — Albuminoïdes du lait, *Sebelien*, 454. — Assimilation du fer, *Bunge*, 455. — Choline dans le houblon, *Grœss*, *Harrow*, 456.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Des tumeurs et néoplasmes, *Verneuil*, *Ricard*, *Gross*, *M'Graw*, *Gade*, *Verchère*, *Hermann*, *Lesur*, *Gentilhomme*, *Greco*, *Pérochaud*, 456. — Gliome, *Renaut*, 461. — Division des cellules, *Arnold*, 462. — Moelle lymphoïde, *Grohé*, 463. — Diapédèse, *Lavdowsky*, 464. — Epithélioma de la glande de Cooper, *Paquet*, *Hermann*; sécrétions bronchiques, *Cursshmann*, 466. — Tuberculose et pneumonie, *Samter*; cancroïde du poumon, *Friedländer*; abcès de la moelle, *Nothnagel*. 467. — Système nerveux chez les amputés, *Hayem*, *Gilbert*, 468; *Suzanne*, 469. — Air dans le cerveau, *Chiari*, 469. — Diverticule œsophagien, *Chiari*; corps de Wolff, *Fischel*, 470. — Myomes de l'épididyme, *Héricourt*; infarctus du placenta, *Ackermann*, 471. — Néphrite typhique, *Gallois*, 472. — Carie des dents, *Galippe*; rhinosclérome, *Cornil*, *Alvarez*, 473. — Myxœdème, *West*, 474. — Malformations, *Hacker*, *Guermonprez*, 475.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Tuberculose, *Leyden*, *Sirena*, *Pernice*, *Mandel*, *Straus*, *Tscherning*, *Merklen*, *Johne*, 477; *Wargunin*, 480; *Bang*, 481; *Malassez*, *Wignal*, *Fütterer*, 482; *Charrin*, 483. — Absorption pulmonaire, *Peiper*, 484. — Insufflation pulmonaire, résistance des vaisseaux, *Gréhant*, *Quinquaud*; septicémie, *Charrin*, 485. — Arthrites infectieuses, *Schülier*; phlegmon, *Passet*, 486. — Ostéomyélite, *Rodet*, 488. — Bactéries du lait, *Escherich*; spirilles, *Mühlhäusen*, 490. — Bactéries fécales, *Brieger*, *Stahl*, 491. — Moelle des os, *Vincent*, 492. — Enkatarraphie, *Kaufmann*, 493. — Embolie et chorée, *Money*; transfusion, *Haycraft*, 494.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Antiseptiques, *Ratimoff*, 494. — Chlorate de potasse, *Edlefsen*; action du mercure, *Galliard*, 495. — Café et caféine, *Guimaraes*, *Riegel*, 496. — Thym, *Campardon*; absinthine, *Roux*, 497. — Terpine, *Lépine*, *Beaumetz*, *Guelpa*, 498. — Quebracho, *Harnack*, *Hofmann*, 499. — Papayotine, *Finkler*, *Rossbach*; paraldéhyde, acétal, *Langreuter-Prevost*, 501. — Ergotine et ergotinine, *Markwald*, 502. — Formène, *Regnauld*, *Villejean*; morille comestible, *Bœhm*, *Külz*, 503. — Empoisonnements par : le pétrole, *Duguet*; le chanvre indien, *Robertson*, 504; l'acide phénique, *Delahousse*, *Fribourg*, *Wissemans*; le plomb, *Duguet*, *Gérin Roze*, 505; *Robinson*, 506; par la naphtaline et le tabac, *Evers*, *Treymann*, 506.

THÉRAPEUTIQUE.

Traité, *Fonssagrives*, 507. — Electrothérapie, *Bardet*, *Erb*, *Boudet de Pâris*, *Mucci*, 508. — Maladies infectieuses, *Bouchard*, 509. — Kairine, *Sorgius*, 510. — Thalline, antipyrine, *Arduin*, *Holland*, *Coculet*, 511; *Rapin*, *Secretan*, *Goetze*, 512; *Renzi*, *Masius*, 513; *Jaccoud*, 514; *Jaksch*, 515; *Predazzi*, 517. — Effets de la digitale, *Seiler*, *Birsch-Hirschfeld*, 517. — Cocaïne, *Arloing*, *Rigolet*, *Lermoyez*, *Dumas*, *Aysaguer*, 518. — Convallaria, *Lourie*, 519. — Naphtaline, *Rossbach*, *Pauli*, *Ewald*, *Leh-*

mann, 520. — Traitement du rhumatisme, *Seelye*, *Hassan ;* traitement du hoquet, *Grognot;* traitement des maladies de l'estomac, *Talma*, 523. — Rachitisme, *Lesser;* acide lactique comme caustique, *Moorhof*, 525. — Arsenic dans la lymphome, *Karewski*, *Lewin*, 526. — Iodisme, *Norris*, *Aubert;* tannate de mercure, *Lustgarten;* injections d'ammoniaque, *Troussievitch*, 528. — Traitement de la diphtérie, *Saltow*, 529.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Géographie médicale, *Jousset*, *Ornstein*, *Friocourt*, *Saffre*, *Finlay*, *Trull*, *Fayrer*, *Ewart*, *de Méricourt*, *Corre*, *Kœniger*, *Scheube*, *Tissot*, 529. — Paludisme, *Laveran*, *Gerhardt*, *Marchiafava*, *Celli*, *Sehlen*, *Maisouriantz*, *Véron*, *Besnier*, *Petit*, *Verneuil*, *Boutin*, *Colleville*, *Dieulafoy*, 534 ; *Marchiafava*, *Celli*, 540. — Anémie pernicieuse, *Padley*, *Botkine*, *Finny*, *Litten*, 542 ; *Sasaki*, 543. — Maladies du cœur : *Polaillon*, *West*, *Brinton*, *Collyns*, *Kast*, *de Cérenville*, *Barth*, *Schmueker*, *Boehr*, *Riegel*, 543 ; *Bramwell*, *Capo*, *Schultz*, *Coupland*, *Luton*, *Capozzi*, *Lublinski*, *Barrera*, *Féré*, *Quermonne*, *Longbois*, *Sée*, *Clément*, 548; *Tripier*, *Chauffard*, *Cohn*, *Colomiatti*, *Picot*, *Maschka*, *Foulis*, *Wilkins*, *Meigs*, 553; *Kisch*, *Rosenthal*, *Hertz*, *Steven*, *Mackenzie*, *de Treigny*, *Leyden*, *Hérard*, *Martinet*, 558; *Bornèque*, *Meynard*, *Finlayson*, *Rendu*, *Lagana*, *Morris*, *Schulz*, 563 ; *Legroux*, *Brunon*, 566 ; *Robin*, 567. — Actinomycose, *Bostroem*, *Israel*, *Virchow*, *Landau*, *Kœhler*, 567 ; *Zemann*, 568. — Maladies des reins, *Bartels*, *Lépine*, *Cornil*, *Renaut*, *Augagneur*, *Lancereaux*, *Botkine*, *Rosenbach*, *Atkinson*, *Torkomian*, *Serger*, *Inglessis*, *Nauwerck*, *Beugniès-Corbeau*, *Griswold*, *Dessales*, *Horbaczewski*, *d'Espine*, 571.— Diphtérie, *Krosz*, *Steinmetz*, *Lœffler*, *Heubner*, *Darier*, *Henoch*, *Aufrecht*, *Berwald*, *Uhthoff*, *Mendel*, *Remak*, *Bernhardt*, 380. — Rhumatisme, *Jannison*, *Fowler*, *Brissaud*, *Edge*, *Ferguson*, *Honnorat*, *Mathieu*, *Weber*, *Lannois*, *Lemoine*, *Chéron*, *Letulle*, 590. — Myopathie, *Landouzy*, *Déjerine*, *Charcot*, *Benedikt*, *Nothnagel*, 594. — Fièvre hystérique, *Debove;* rubéole, *Smith*, *Edwards*, 596. — Scarlatine, *Neumann*, *Glan*, *Petit*, *Jamieson*, 598. — Thermonévroses, *Scherschewsky*; acétonémie, *de Gennes*, 601. — Parotidite saturnine, *Parisot*, 602.

GYNÉCOLOGIE.

Ovariotomie, *Gönner*, *Werth*, *Olshausen*, *Baumgarten*, *Rheinstaedter*, *Terrier*, *Le Dentu*, *Vautrin*, *Terrillon*, *Jeannel*, *Fürst*, *Heydenreich*, *Delens*, 603 ; *Tissier*, *Duplay*, 612 ; *Barwell*, 613. — Myomotomie, hystérectomie, *Schœder*, *Kaltenbach*, *Campe*, *Saenger*, *Hofmeier*, *Reverdin*, *Landau*, *Martin*, 614; *Bokelmann*, *Duncan*, 619. — Amputation du col, *Müller*, 621. — Hématocèle, *Smyly*, *Imlach*, *Macdonald*, *Chapman*, *Martin*, 622.— Abcès péri-utérin, *Fenger*, 625. — Circulation utérine, *Williams*, 626.

MALADIES DES ENFANTS

Scléroses, *Richardière*, 627. — Hémiplégie spastique, *Mac Nutt*, 638. — Hypertrophie unilatérale, *Finlayson*, 629. — Simulations, *Eross;* néphrite de la varicelle, *Henoch*, 630. — Variole, *Laurent;* zona, *Comby;* pur-

pura, *Gibbons*, 631. — Diabète, *Gaube*, *Rosenbach*, *Garnerus*, 632. — Anémie pernicieuse, *Kjellberg ;* muguet et intertrigo, *Wolf*, 633. — Atrophie du foie, *Grevas;* sarcome pleural, *Hofmokl;* ulcère de l'œsophage, *Janeway*, 634. — Ovariotomie, *Schmitz*, *Rœmer ;* kélotomie, *Demiéville*, 635. — Rupture de l'intestin, *Zillner;* rétention d'urine, *Arnozan;* alimentation par la sonde, *Dauchez*, 636.

DERMATOLOGIE.

Atrophie de la peau, *Rossbach*, *Buchwald*, 637. — Mélanoses, *Pick*, 638. — Périfolliculites, *Leloir*, 639. — Favus, *Kaposi*, *Kundrat ;* ulcère rongeur, *Paul*, 640. — Lupus, *Doutrelepont ;* erythème scarlatiniforme, *Perret*, 641. — Dermatite, *Funk*, *Théry*, 642. — Lèpre, *Vidal*, *Leloir*, *Baelz*, *Burow*, *Unna*, *Wolff*, 643 ; *Goldschmidt*, 646 ; *Sturge*, 647. — Rinacantina, *Liborio*, *Huethe ;* savons médicinaux, *Unna*, 648. — Dermatite arsenicale, *White*, 649. — Exanthème iodoformique, *Neisser*, 650.

MÉDECINE LÉGALE.

Traités, expertises, *Dubrac*, *Roland*, *Durand-Fardel*, *Rocher*, *Brouardel*, 651. — Signes de la mort, taches cadavériques, *Bouchut*, *Rapin*, *Freyer*, *Perrin*, 653 ; *Auerbach*, *Erman*, 654. — Criminalité, *Socquet*, *Sentex*, *Rocher*, *Pellereau*, 657. — Observations de plaies, suicides, *Kœrber*, *Falk*, *Merner*, *Sentex*, *Nœgeli*, *Maschka*, *Heer*, *Laugier*, *Cohn*, *Seydel*, *Brouardel*, *Schwarze*, *Estradère*, 663. — Taches de sperme, *Vogel ;* couleurs, *Gillet ;* ruptures de la rate, *Pellereau*, *Lesser*, 672. — Attentats à la pudeur, *Brouardel*, 674. — Congélation, *Dieberg*, *Ogston*, 675. — Tatouages, *Lacassagne*, 676. — Brûlures, *Zillner*, 677. — Mort par l'électricité, *Sheild*, *Delépine*, 679.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sutures nerveuses, *Chaput*, *Gilis*, *Müller*, *Schramm*, *Zesas*, *Reger*, *Tillmanns*, *Rayner*, *Tillaux*, *Puzey*, *Weissenstein*, *Markœ*, *Park*, *Chauvel*, *Cattani*, *Poulet*, *Bidder*, *Lesser*, *de la Harpe*, *Duplay*, *Hutchinson*, *Charpentier*, *Chvostek*, 680 ; *Pye*, 692 ; *Zwicke*, 693. — Lésions des vaisseaux, *Sandborg*, *Kundrat*, *Bryant*, 694 ; *Bœckel*, *Stimson*, 695 ; *M'Gill*, 696 ; *Martel*, *Bergmann*, *Bramann*, 697 ; *Pilcher*, 698. — Injections de sang, *Benczur*, *Fubini*, *Ziemssen*, *Ringer*, 699 ; *Afanassiew*, *Langlet*, *Luton*, *Jenning*, 700. — Goitre, *Schiff*, *Kœnig*, *Kaufmann*, *Kocher*, *Jacusiel*, *Virchow*, *Dumont*, *Weiss*, *Wolff*, *Langenbeck*, *Kœhler*, 703 ; *Robinson*, *Rehn*, 710. — Adénites, *Lesser*, 710 ; *Allbutt Teale*, 711 ; *Fagan*, 712. — Tuberculose linguale, *Gade ;* épilepsie traumatique, *Briggs*, 712. — Bec-de-lièvre, *Albrecht*, *Kölliker*, 713. — Amputations, *Nicaise ;* mal perforant, *Terrillon*, 714. — Exostose, *Badal ;* splènotomie, *Terrier*, *Hacker*, 715. — Pyohémie, *Gaucher*, *Boursier ;* tuberculose articulaire, *Beger*, *Nicaise*, *Poulet*, *Vaillard*, *Schurrer*, *Caumont*, *Bidder*, *Ollier*, 716. — Fibromes de l'abdomen, *Sklifossowski*, *Sänger*, *Bruntzel*, 720.

OPHTALMOLOGIE.

Convergence, *Ellaby*, 722. — Affections oculaires par troubles menstruels, *Oursel ;* par goitre exophtalmique, *Pedrono ;* anophtalmie, *Reuss*, 723. — Tumeurs de l'orbite, *Kundrat ;* conjonctivites, *Kroll*, 724 ; kératite, *Ortmann ;* kystes dermoïdes, *Bergmeister*, *Larbouret*, 725. — Ptérygion, *Darrigarde* ; staphylome, *Abadie ;* ophtalmie des nouveau-nés, *Bröse*, *Krukenberg*, *Leopold*, *Wessel*, *Kroner*, 726. — Jéquirity, *Vossius*, *Heisrath*, 728; *Benson*, 730. — Amblyopies alcooliques, *Uhthoff*, 730. — Névrite optique, *Gnauck*, *Uhthoff*, 731 ; *Wadsworth*, *Norris*, 733. — Coloboma papillaire, *Nuel*, 734.

MALADIES DU NEZ ET DU LARYNX.

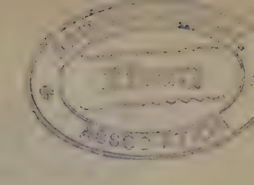
Palatoplastie, *Trélat*, 734. — Lupus palatin, *Krause*, *Kœbner*, 735. — Amygdalotomie, *Semon ;* tuberculose pharyngée, *Krause*, 736. — Epistaxis, *Kiesselbach*, 737. — Végétations adénoïdes, *Baber ;* kystes osseux, *Bayer*, 738. — Névroses réflexes nasales, *Sommerbrodt*, *Klein*, *Mackenzie*, *Küpper*, *Roth*, *Cartaz*, 738. — Erosions du larynx, *Hering*, 742. — Laryngite saturnine, *Seifert*, 743. — Tuberculose laryngée, *Foa ;* paralysies du larynx, *Aysaguer;* kystes du larynx, *Jurasz*, 744. — Corps étrangers de la trachée, *Petersen ;* extirpation du larynx, *Labbé*, 745. — Cocaïne, *Massei*, *Garel ;* expulsion du labyrinthe, *Pye*, 746.

REVUE GÉNÉRALE.

Du mycosis fongoïde, *Hallopeau*, 747.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 757.



REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE

Des ganglions intra-rocheux du nerf auditif chez l'homme, par G. FERRÉ (*Compt. rend.* |*Acad. des Sciences*, 23 *mai* 1885).

Ces ganglions sont au nombre de trois : le premier situé sur le nerf vestibulaire, au-dessus de la crête falciforme (ganglion de Scarpa); le second, placé au même niveau, sur le faisceau le plus externe de l'éventail formé par le nerf cochléaire au moment de sa pénétration dans l'axe du limaçon; le troisième, enfin, disposé en spirale tout le long de la lame spirale (ganglion de Rosenthal ou de Corti). Ce dernier ganglion est incomplètement divisé en îlots par des crêtes de substance osseuse ou par des lamelles périostiques saillantes; chaque îlot ganglionnaire reçoit non seulement des fibres afférentes du point correspondant de l'organe de Corti, fibres disposées en faisceaux radiaux ou directs, mais encore des fibres venant de points du même organe, situés au-dessus ou au-dessous; ces dernières, formant des *filets spiraux*, s'enroulent sur le ganglion, de manière à présenter un trajet réfléchi ou indirect, tel que leur point d'immersion ganglionnaire est situé au-dessus de leur point d'arrivée dans le canal spiral. Toujours est-il que l'ensemble des trois ganglions sus-indiqués forme sur le nerf auditif une zone de cellules nerveuses analogues à celles qu'on rencontre dans la rétine (couche de cellules multipolaires du nerf optique). M. DUVAL.

Osservazioni sulla divisione delle circonvoluzioni frontali, par G. CHIARUGI (*Bull. de la Soc. tra i cult. delle scienze di Sienna*, 1885).

L'auteur a examiné 37 cerveaux d'individus sains et 13 cerveaux de fous au point de vue de la division des circonvolutions frontales; il a reconnu que la division d'une circonvolution frontale s'observe assez fréquemment (34 0/0) aussi bien chez les individus sains que chez les fous, peut-être plus souvent chez ceux-ci que chez les premiers. Le dédoublement d'une circonvolution frontale, c'est-à-dire sa division étendue jusqu'à sa base, paraît un fait beaucoup plus rare. Des trois circonvolu-

tions frontales, celle qui est le plus souvent sujette à la division c'est la médiane, puis vient la supérieure. L'auteur n'a pas observé la division de la circonvolution inférieure, qui semble donc être beaucoup plus rare. F. H.

Note sur un rapport peu connu du récurrent gauche, par H. CHAPUT (*Soc. anatomique*, 11 *juillet* 1884).

L'auteur a trouvé sur une série de fœtus humains et animaux la disposition suivante qu'il regarde comme constante. Sur le cœur d'un fœtus de 6 mois, on voit partir de la base du cœur la crosse de l'aorte et le canal artériel. Ce dernier, après avoir décrit au-dessous de la crosse aortique une courbe sensiblement parallèle, va se jeter dans l'aorte descendante. Le pneumogastrique gauche passe au-devant de la crosse aortique et de l'aorte descendante. Un peu avant de passer à la partie antérieure du canal artériel on voit s'en détacher à angle aigu le nerf récurrent qui se recourbe de bas en haut et embrasse dans sa concavité non pas la crosse de l'aorte, mais celle du canal artériel. Le reste de son trajet présente les mêmes rapports que chez l'adulte.

Cette disposition est liée au développement des arcs aortiques et à la descente du cœur. Autrement dit, le nerf laryngé inférieur serait, à l'origine, un nerf à direction transversale. Ultérieurement, par suite du déplacement relatif du cœur il se trouverait peu à peu attiré dans la poitrine ; de là cette disposition récurrente. Du côté droit, si le récurrent embrasse la sous-clavière droite, c'est parce qu'elle est le seul vestige des arcs aortiques droits. A gauche, le récurrent embrasse d'abord le canal artériel, puis celui-ci s'atrophiant, il embrasserait plus tard l'aorte, seul vestige des arcs aortiques gauches. A. C.

Ueber klammerartige Verbindungen zwischen Aorta und Pulmonalarterie (Vincula aortæ) (Liens unissant l'aorte et l'artère pulmonaire), par E. RINDFLEISCH (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *XCVI*, *Heft* 2, *p*. 302).

Au moment de la systole ventriculaire la pression s'accroît d'une façon considérable dans l'aorte et l'artère pulmonaire. Ces vaisseaux subissent par le fait de l'augmentation de pression un allongement. Cet allongement qui tendrait à abaisser la pointe du cœur est compensé en partie par le raccourcissement du cœur au moment de la systole. On a invoqué pour expliquer le choc du cœur et le soulèvement de la paroi thoracique une tendance au redressement de l'arc aortique. Rindfleisch considère que ce redressement ne peut s'effectuer parce que la base du cœur est pour ainsi dire immobilisée par les grosses veines qui s'ouvrent dans les oreillettes. Il croit donc que c'est l'allongement des vaisseaux artériels et spécialement de l'aorte qui détermine la saillie de la pointe du cœur au moment de la systole.

Par suite de cet allongement systolique, le sommet de la courbe aortique s'élève et se porte à droite, la petite courbure tend donc à se séparer de l'artère pulmonaire située au-dessous. Dans le même temps la courbe spirale décrite par l'artère pulmonaire autour de l'aorte subit des déplacements analogues qui la portent en bas et à gauche. Les deux vaisseaux tendent donc à s'écarter au moment de la systole.

Quelles modifications éprouve le feuillet péricardique qui passe de l'un à l'autre de ces vaisseaux.

Le péricarde n'étant pas une membrane extensible, les tractions exercées sur lui doivent produire des plis dirigés précisément dans le sens de la traction. Dans l'intervalle des plis, des pelotons de graisse viennent remplir l'espace vide. Une autre cause vient s'ajouter à la formation de ces plis. On connaît les plaques laiteuses du péricarde qui sont dues aux frottements incessants du cœur. Le péricarde, au niveau des gros vaisseaux, est soumis à une exagération fonctionnelle qui détermine de l'hypertrophie, un épaississement avec plis rayonnés. Les plis causés par l'action combinée de ces deux facteurs s'étendent de la surface d'un vaisseau à la surface de l'autre et les fixent comme un crochet. C'est ce que Rindfleisch propose d'appeler *vincula aortæ*.

Ces ligaments ressemblent à des cicatrices rayonnées. A leur partie moyenne ils font sur la surface péricardique une saillie de 2 à 3 millimètres. Leurs extrémités se perdent progressivement à la surface des artères. Ils sont constitués par du tissu de sclérose formé de fibres parallèles que l'on peut décomposer en une dizaine de couches. Leur fonction est d'empêcher l'écartement des deux gros troncs artériels et par conséquent de consolider le pédicule du cœur.

Un fait semble démontrer vraie l'opinion de Rindfleisch. Dans un cas d'anévrisme disséquant de l'aorte dont il donne le dessin, la rupture des deux membranes interne et moyenne s'était faite juste au-dessus des liens aortiques. Voici l'interprétation qu'il donne de ce fait. Au moment de la systole les deux vaisseaux tendent à s'écarter, les liens aortiques fixant trop énergiquement la portion sur laquelle ils étaient implantés, celle-ci n'avait pu suivre le reste de l'aorte dans son déplacement, et la rupture s'était produite. P. GALLOIS.

De la détermination des points d'émergence des artères fessière, ischiatique et honteuse interne pour la ligature de ces vaisseaux, par CHALOT (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n. 33, 36, 1884).

L'auteur résume de la façon suivante les considérations d'anatomie topographique et les déductions pour la médecine opératoire, qui résultent de l'étude attentive de cette région :

A. *Artère fessière.* — 1° L'artère fessière émerge à 15 millimètres de l'angle de la grande échancrure sciatique. (*Point de repère interne.*)

2° Elle repose contre le plan osseux ayant d'ordinaire en bas et en avant un gros tronc veineux satellite.

3° Elle se divise en branches terminales au niveau de la lèvre externe du bord supérieur de l'échancrure, de sorte que pour lier son tronc il faut la lier sous ce bord supérieur et même dans le bassin.

4° Elle mesure d'ordinaire 5 millimètres de diamètre, notion qui permettra de la distinguer de l'une quelconque de ses branches terminales.

5° Elle est déterminée à son point d'émergence par la rencontre de deux lignes : l'une horizontale de 8 centimètres qui part de la crête sacrée (*point de repère externe*), l'autre verticale longue de 10 centimètres qui part du point le plus élevé de la crête iliaque (*autre point de repère externe*).

B. *Artère ischiatique.* — 1° L'artère ischiatique proprement dite naît et chemine le plus souvent en dedans de la honteuse, quelquefois en dehors d'elle.

2° Elle s'en distingue par son calibre plus considérable (4 millimètres à 4 milllimètres et demi) et par sa position plus superficielle.

C'est la première artère qu'on trouve et qu'on voit sur le même plan que le grand nerf sciatique; une lame fibreuse épaisse la sépare de la honteuse, qui, elle, repose directement contre l'épine ou le petit ligament sciatique.

3° Qu'elle soit en dehors ou en dedans de la honteuse, il ne faut jamais la chercher ni la lier au-dessous de l'épine sciatique, ce qui exposerait à prendre une branche terminale pour le tronc lui-même.

4° Étant données les deux variétés d'émergence et de trajet, pour procéder avec méthode, quand on aura mis à nu les parties profondes, on cherchera d'abord l'artère ischiatique à la base ou au-dessus de l'épine sciatique; si on ne trouve rien on la cherchera plus en dedans, à 1 ou 2 centimètres en dedans de la pointe de l'épine sciatique sous le muscle pyramidal.

5° On déterminera son point d'émergence, sur le cadavre et le vivant, avec les mêmes mensurations et les mêmes lignes que celles relatives à la honteuse, puisque cette dernière est intermédiaire aux deux variétés d'émergence et de trajet de l'ischiatique et peu distante de toutes les deux.

C. *Artère honteuse interne.* — 1° L'artère honteuse interne proprement dite naît et chemine un peu en dehors de la pointe de l'épine sciatique, quelquefois immédiatement en dedans (*point de repère interne*).

2° Elle contourne en arc l'épine ou le petit ligament sciatique, ayant le nerf honteux sur son côté interne.

3° Elle a un calibre moyen de 3 millimètres.

4° Elle est toujours plus profonde que l'artère ischiatique et que le grand nerf sciatique dont elle est séparée par une lame fibreuse épaisse; elle ne peut, par conséquent, être confondue avec l'artère ischiatique, alors même que cette dernière naîtrait entre elle et le grand nerf sciatique.

5° Elle est déterminée comme la fessière à son point d'émergence, par la rencontre de deux lignes: l'une horizontale, longue de 8 centimètres, qui part de la crête sacrée (*point de repère externe*); l'autre verticale, longue de 12 à 14 centimètres et demi, qui part du point le plus élevé de la crête iliaque (*autre point de repère externe*). A. MOSSÉ.

Sur la circulation veineuse du pied. Note, par P. BOURCERET (*Comptes rend. Acad. des Sciences, 9 février* 1885).

Contrairement à l'opinion classique, les veines du pied ne sont pas toutes disposées à la région dorsale, mais il existe à la face plantaire, immédiatement sous le derme, une véritable couche de veines tellement pressées les unes contre les autres qu'elles forment une véritable semelle vasculaire, dont les troncs vont se jeter sur la face dorsale du pied en suivant une direction légèrement oblique d'avant en arrière. Ce fait a passé inaperçu des anatomistes, sans doute parce que ces vaisseaux veineux sont comme

incrustés à la face profonde du derme, et emprisonnés dans une sorte de membrane fibreuse qui limite leur distension; de plus, cette couche veineuse se confond, par son aspect, avec les trabécules fibreuses qui l'environnent, ces veines ayant en effet des parois épaisses, légèrement blanchâtres. M. DUVAL.

Die Gefässverbindungen der Placentakreislaüfe einiger Zwillinge, ihre Entwickelung und ihre Folgen (Les anastomoses des vaisseaux placentaires dans les grossesses gémellaires; développement et conséquence de ces anastomoses), par Friedrich SCHATZ. (*Archiv für Gynækologie*, *Band XXIV*, *Heft* 3).

Ce travail est basé sur l'examen de 24 placentas, dont 9 ont été recueillis et préparés par l'auteur lui-même; les 15 autres, conservés au musée anatomique de Wurtzbourg, ont été préparés par Hyrtl, et ont servi de base à son mémoire : *les Vaisseaux sanguins du Placenta humain* (Vienne, 1870).

Voici les conclusions de l'auteur :

Lorsque les jumeaux dépendent d'un même œuf, les placentas présentent presque toujours, le long de la zone qui sert de trait d'union entre les masses placentaires propres à chacun des jumeaux, des groupes de villosités en nombre variable, de 1 à 20, dans lesquelles le système vasculaire est commun aux deux circulations, c'est-à-dire dans lesquelles les deux jumeaux fournissent : l'un l'artère, l'autre la veine correspondante. Il y a donc dans ces placentas trois circulations distinctes : une circulation propre à chaque jumeau, et une troisième circulation commune aux deux jumeaux. L'importance de cette troisième circulation est en général assez restreinte; elle représente en moyenne du 1/10 au 1/20 de l'ensemble de la circulation des jumeaux. Elle peut même être moins considérable; mais elle peut aussi atteindre le 1/5, et au delà, de la circulation totale.

Cette troisième circulation, qui s'opère à travers les capillaires des villosités communes est complétée ou équilibrée souvent par une anastomose artérielle, et souvent aussi par une anastomose veineuse. Ces anastomoses artérielles ou veineuses sont toujours superficielles et rarement doubles; elles peuvent atteindre un calibre considérable.

Les courants sanguins qui s'établissent par cette troisième circulation d'un fœtus à l'autre ne sont pas toujours équilibrés de manière à ce que chaque fœtus reçoive autant de sang qu'il en donne : d'où résulte une différence de développement entre les deux jumeaux.

Ce travail est accompagné de 5 planches coloriées, représentant le résultat des injections et les divers genres d'anastomoses. H. DE BRINON.

Contribution au développement du squelette des extrémités chez les mammifères, par E. RETTERER (*Journal de l'Anat. et de la Physiol.*, *décembre* 1884).

Sous le rapport morphologique et structural, les moignons primitifs ont la plus grande analogie chez tous les embryons de mammifères: ce sont des bourgeons mésodermiques, formés de tissu lamineux embryonnaire.

L'apparition des segments cartilagineux s'y fait d'après la loi d'évolution du tissu cartilagineux. C'est donc là la forme primitive, la même partout, sauf le volume et la composition chimique des éléments du tissu embryonnaire. Mais là se bornent les ressemblances; dès l'apparition des pièces carpiennes et tarsiennes et des rayons digitifères, les dissemblances se prononcent et ne font que s'accentuer au fur et à mesure du développement. La lame natatoire existe, mais les pièces qui composent la charpente sont autrement ordonnées dès l'origine. Les segments qui sont internes ou externes chez les pentadactyles par rapport à l'axe du membre, se disposent sur un plan postérieur chez le porc, les ruminants et les solipèdes. Les connexions sont en partie changées et le principe posé par Geoffroy Saint-Hilaire (un organe est plutôt anéanti que transposé) n'est que relativement vrai. Dès leur apparition, les nodules cartilagineux sont groupés dans un ordre déterminé, d'où résultent les dimensions et la forme spéciales variant d'un groupe à l'autre.

Les pièces cartilagineuses des extrémités apparaissent avec une régularité parfaite de haut en bas de la base du membre vers le bout terminal. Il n'en est pas de même dans le développement des points d'ossification primitifs, dans le nombre et le siège des points complémentaires; en effet : — 1° Les segments cartilagineux des extrémités (métacarpe, métatarse, première et deuxième phalange) commencent à s'ossifier en un point central situé à égale distance des deux extrémités. Comme il est probable que la première anse vasculaire formera plus tard l'artère nourricière, le trou nourricier est, au début, également distant des deux extrémités. — 2° Au fur et à mesure qu'on s'éloigne de cette période initiale, l'ossification s'étend plus rapidement dans un sens que dans l'autre, ou bien l'allongement d'une des extrémités cartilagineuses est plus énergique que celui de l'autre extrémité. Peut-être les deux phénomènes se produisent-ils simultanément; c'est surtout l'extrémité pourvue plus tard d'un point complémentaire qui s'accroît davantage en longueur.

L'étude de l'entrée des vaisseaux sanguins dans les extrémités cartilagineuses conduit à ce résultat que, à partir d'une certaine époque, variable selon le groupe animal, les vaisseaux pénètrent dans le cartilage du squelette fœtal, en suivant une marche analogue à l'apparition des segments cartilagineux, de la base du membre vers le bout terminal; les extrémités non pourvues, plus tard, de points complémentaires, sont sillonnées de vaisseaux comme les autres; la seule différence à signaler, c'est que ces extrémités dépourvues de points complémentaires anastomosent leurs vaisseaux de bonne heure avec ceux de la diaphyse, tandis qu'un cartilage synchondral non vasculaire sépare, jusqu'au moment de la soudure, l'épiphyse de la diaphyse.

Quant à la signification morphologique du pouce, on peut dire que chez les animaux pentadactyles les plus parfaits, il existe, au membre antérieur, quatre rayons digitifères faisant suite au carpe et composés d'un métacarpien suivi de trois phalanges, et un cinquième rayon interne constitué uniquement par trois phalanges. Le pouce est donc surajouté, puisqu'il n'y a normalement que quatre métacarpiens faisant suite directement à l'axe du membre; et c'est en effet le pouce qui manquera le premier, dès que l'animal ne se servira plus de son membre antérieur que comme organe de locomotion.

M. DUVAL.

Una osservazione di terzo condilo occipitale nell uomo; considerazioni relative par G. ROMITI (*Atti Soc. Toscane Sc. nat.*, *VII*, 1884).

Romiti décrit une nouvelle observation de troisième condyle occipital sur le crâne d'un homme de 70 ans. Entre les deux condyles normaux à la partie postérieure du trou occipital, existent deux petits condyles symétriques, séparés l'un de l'autre par un espace de 3 millimètres. L'auteur considère ce troisième condyle (formé dans le cas actuel de deux moitiés séparées) comme l'homologue du condyle basilaire de la tortue, et de la portion médiane du condyle des oiseaux et des crocodiles et non du condyle entier de ces animaux, comme le font généralement les anatomistes. F. H.

Sopra un solco non noto dell' osso frontale (Solco soprafrontale), par G. ZOJA, (*Memor. dell' Instituto Lombard.*, 1884).

Le sillon suprafrontal, découvert par Sœmmering, en 1843, existait dans la proportion de 16,40 0/0 dans les crânes que l'auteur a examinés. Il est relativement plus fréquent chez la femme que l'homme, bien que, lorsqu'il existe chez ce dernier, il soit plus développé. On le trouve plus souvent chez les fous que chez les hommes sains, sur les crânes modernes que sur les crânes anciens. Le plus fréquemment, on ne le rencontre que d'un seul côté et généralement du côté gauche. Il se dirige de bas en haut, d'avant en arrière, sur la face antérieure du frontal entre la bosse et la crête temporale du frontal. Ses dimensions sont variables; il a ordinairement de 2 à 5 centimètres de longueur sur 1 à 2 millimètres de profondeur. Il communique tantôt avec l'échancrure sourcilière, tantôt avec un petit canal spécial dirigé en bas et en avant. D'ordinaire rectiligne et unique, il est quelquefois curviligne, ramifié, double ou triple; il reçoit un filet du nerf frontal et de petits vaisseaux sanguins. Il ne se développe qu'après la naissance et persiste pendant toute la vie. Ce sillon n'existe pas chez les singes, ni chez les autres mammifères, sauf chez le *Bos taurus* qui en a un vestige.

Lorsqu'il est bien développé, le sillon suprafrontal peut être reconnu pendant la vie. Il est quelquefois remplacé en partie ou en totalité par un petit canal qui, logeant un filet nerveux, peut expliquer la persistance de certaines névralgies après la résection du nerf frontal. F. H.

Zur Kenntniss der accessorischen Nebennieren des Menschen (Des capsules surrénales accessoires chez l'homme), par CHIARI (*Zeitschr. f. Heilk.*, *Bd. V*, *p.* 449).

Marchand vient de signaler (*Virchow's Archiv*, Bd. XCII) l'existence de capsules surrénales accessoires dans le ligament large chez des nouveau-nés et de jeunes enfants. Les faits de Chiari prouvent que contrairement à l'opinion de Marchand, elles ne disparaissent pas nécessairement avec l'âge, et qu'elles peuvent aussi se trouver chez l'homme, entre le rein et l'appareil génital.

1[er] *cas.* — Femme de 30 ans. Capsule surrénale accessoire du volume d'un pois, à deux travers de doigt au-dessous du rein droit, dans le tissu cellulaire rétropéritonéal, adossée à la veine spermatique interne.

2° *cas.* — Tuberculeuse de 48 ans. A droite petite capsule surrénale accessoire en avant du plexus ovarique, à gauche deux petites masses analogues dans le ligament large.

3° *cas.* — Homme de 34 ans. En outre de nombreuses capsules surrénales accessoires au voisinage des capsules surrénales normales, une autre du volume d'un petit pois à deux travers de doigt au-dessous du rein droit, à côté de l'uretère et de la veine spermatique interne.

4° *cas.* — Homme de 23 ans. Une capsule accessoire, à trois travers de doigt au-dessous du rein droit.

Chiari cherche enfin à démontrer qu'une tumeur du petit bassin qui, dans le service de Gussenbauer, avait nécessité la laparotomie, n'était autre qu'une capsule surrénale accessoire dégénérée. Il en serait ainsi, d'ailleurs, d'après Grawitz, pour certains néoplasmes considérés à tort comme des lipomes du rein. L. D.-B.

Ueber die Gartner'schen (Wolff'schen) Kanäle beim menschlichen Weibe (Sur les canaux de Gartner chez la femme), par Carl RIEDER (*Arch. f. path. An. u. Phys., Bd XCVI, H. 1, p.* 100).

1° Les restes des canaux de Gartner se trouvent chez la femme environ dans un tiers des cas; ils persistent dans un âge avancé soit sous la forme d'un canal muni d'un épithélium et d'une tunique musculaire (1/5 des cas), soit d'un faisceau musculaire sans épithélium (1/6 des cas); ces deux formes sont adossées aux muscles soit de l'utérus soit du ligament large et se rencontrent plus souvent à droite qu'à gauche.

2° Le canal est ordinairement revêtu d'une double couche de cellules épithéliales, il est exceptionnel de ne rencontrer qu'une couche. Les cellules sont cylindriques et ont en moyenne 16 μ de haut.

3° Au-dessous de l'épithélium se trouve une couche de tissu conjonctif recouvert par une tunique musculaire lisse; celle-ci se compose de trois couches, l'interne et l'externe longitudinales, la moyenne annulaire.

4° Dans sa portion supérieure cylindrique, le canal de Gartner correspond au canal déférent. Au niveau du col où se rencontrent des dilatations il répond à l'utricule prostatique et aux vésicules séminales. Dans son trajet à travers la paroi vaginale où sa section transversale a l'aspect d'une fente, il est l'analogue du canal éjaculateur.

5° Dans la partie inférieure du vagin, l'auteur n'a pu retrouver le canal de Gartner ni voir son embouchure; l'atrophie de cette portion du canal doit être attribuée à la croissance énergique de la cloison urétro-vaginale.

6° Il n'est pas invraisemblable que certains kystes du vagin se développent aux dépens du canal de Gartner, mais pour s'en assurer il faut vérifier si le kyste est sur la continuité d'un de ces canaux. P. GALLOIS.

Recherches sur la formation des annexes fœtales chez les mammifères (Lapin et cheiroptères), par Ed. VAN BENEDEN et Ch. JULIN (*Archives de biologie, t. V, fasc.* 3, 1884).

Les descriptions de la constitution et de la formation de l'amnios données par les ouvrages classiques sont pour la plupart schématisées et généralement erronées. Les auteurs étendent aux mammifères ce qu'on

sait du développement de l'amnios du poulet et de plus ils ne tiennent pas compte de la distinction établie par von Baer entre l'amnios proprement dit et le faux amnios. Ce dernier est formé par le reploiement sur la face ventrale de l'embryon de l'endoderme accompagné du feuillet splanchnique du mésoderme; l'amnios proprement dit est constitué par l'ectoderme et la somatoplèvre. L'amnios des mammifères, du moins celui du lapin et des cheiroptères présente un mode de développement particulier. D'après Ed. van Beneden et Julin, il ne se forme pas autour de l'extrémité céphalique de l'embryon, de gaine amniotique. La cavité amniotique est délimitée, au début, par deux formations distinctes; l'une est formée par l'ectoderme uni à la somatopleure, c'est la gaine caudale ou amnios proprement dit; l'autre est constitué par l'ectoderme uni à l'endoderme, c'est le proamnios. Ce proamnios est une formation temporaire: il diminue au fur et à mesure que l'embryon se retire dans la gaine caudale qui devient l'amnios définitif. L'existence du proamnios dépend de ce que la partie du blastoderme, située immédiatement en avant de la tête, ne renferme pas de mésoderme, au moment où commence le mouvement de descente de l'embryon dans la cavité blastodermique.

Les auteurs ont aussi constaté que, contrairement à ce qui est admis depuis Bischoff, la circulation omphalo-mésentérique ne s'accomplit pas chez les mammifères comme chez les oiseaux. Le sinus terminal, chez le lapin, est artériel, la veine vitelline postérieure n'existe pas, enfin il n'y a qu'un seul réseau vasculaire, et la veine omphalo-mésentérique naît de ce réseau. F. HENNEGUY.

Contributions to the study of nucleus division, based on the study of prickle cells (Contributions à l'étude de la division nucléaire basées sur l'étude des cellules dentelées), par Sheridan DELÉPINE (*Journ. of Anat. and Physiol., vol. XVIII, juillet* 1884).

D'après ses recherches sur des tumeurs d'origine épithéliale, l'auteur pense que les cellules dentelées du corps muqueux de Malpighi doivent leur apparence à des faisceaux de filaments qui unissent entre eux les noyaux de ces cellules. Ces filaments, qui sont plus visibles à la périphérie qu'au centre des cellules, appartiennent à des figures karyokinétiques, qui accompagnent la multiplication des cellules; ils persisteraient dans les cellules au repos. F. H.

Beitrag zur Anatomie des Gehörorgans (Contributions à l'anatomie de l'oreille), par E. ZUCKERKANDL (*Monatschrift für Ohrenheilk.*, *n°* 11, *novembre* 1884).

1° Ossification d'un îlot cartilagineux dans la paroi externe de la trompe d'Eustache.

L'anomalie était bilatérale et symétrique. L'îlot osseux faisait une forte saillie dans la trompe et aurait certainement fait obstacle au cathétérisme. Il occupait l'orifice pharyngien de la trompe.

2° Cartilage réticulé du crochet ptérygoïdien de la voûte palatine.

R. C.

PHYSIOLOGIE.

Recherches expérimentales sur l'excitabilité électrique du cerveau proprement dit, par VULPIAN (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 23 *mars* 1885).

La doctrine des localisations motrices corticales s'appuie aujourd'hui sur deux ordres de preuves expérimentales, d'une part les effets de la destruction des régions corticales, d'autre part les effets moteurs de l'électrisation de ces régions. Ces dernières preuves, les seules dont l'auteur aborde l'examen critique, ne sont valables qu'à la condition que les effets moteurs en question se manifestent de manières tout à fait différentes selon que l'électrisation ne porte que sur la substance grise corticale ou qu'elle atteint les faisceaux blancs sous-jacents.

Cette diversité dans les résultats expérimentaux est admise en effet par les partisans de l'excitabilité corticale du cerveau. D'abord, disent-ils, la couche corticale, dans les régions motrices, est plus excitable que les faisceaux sous-jacents, car un courant faradique qui suffit pour provoquer des mouvements quand on le fait agir sur la région corticale dite par exemple centre moteur des membres postérieurs, n'est plus capable d'amener cette même réaction motrice, quand on a enlevé par excision cette région de la substance grise corticale, et qu'on applique le courant en question sur les faisceaux blancs sous-jacents. Sans doute, dit Vulpian, mais la section qui met à découvert ces faisceaux blancs diminue leur excitabilité par suite de l'ébranlement traumatique et de l'hémorragie. Pour agir dans des conditions bien comparables, il va exciter la substance blanche à l'aide d'un fil de cuivre revêtu de gutta-percha et mis à nu seulement à son extrémité libre; en portant ainsi l'excitation, à travers la substance grise, sur les faisceaux blancs bien intacts, on constate que ceux-ci sont bien plus facilement excitables que la couche corticale.

Une autre différence consisterait en ce que l'excitation électrique énergique et prolongée des points dits excitables de l'écorce cérébrale, provoquerait des attaques épileptiformes, lesquelles n'auraient jamais lieu si ces mêmes excitations sont portées sur les faisceaux blancs correspondants. Or, en pratiquant l'expérience comme précédemment, Vulpian a toujours, par l'excitation des faisceaux blancs, provoqué une attaque épileptiforme violente, prolongée, et cela même avec un courant électrique plus faible que celui nécessaire pour provoquer les mêmes réactions par son application sur la substance grise corticale. « Je me crois donc, conclut Vulpian, autorisé à dire que les arguments expérimentaux, à l'aide desquels on a voulu prouver l'excitabilité motrice de la substance grise corticale du cerveau, dans certains points déterminés, sont dépourvus de valeur et ne peuvent servir à étager l'hypothèse des localisations fonctionnelles cérébrales. Il importe de faire remarquer que les fibres nerveuses destinées à porter les incitations motrices céré-

brales à telle ou telle partie peuvent sortir de l'écorce cérébrale par un point déterminé, sans qu'il en résulte que ce point soit un centre de mise en action de ces fibres. » M. DUVAL.

Expériences relatives aux phénomènes qui se produisent dans le domaine de la vie organique pendant les attaques d'épilepsie, par VULPIAN (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 30 *mars* 1885).

Recherchant les modifications de diverses secrétions, chez les animaux, pendant les attaques épileptiformes provoqués par l'excitation des points excitables du cerveau, Vulpian, ayant observé des phénomènes importants dans tout le domaine de la vie organique, a poursuivi cette intéressante recherche en provoquant, chez des chiens curarisés, des attaques d'épilepsie, sans convulsions des muscles, des membres, du tronc, en un mot des attaques d'épilepsie confinées dans le domaine de la vie organique. Tous les effets par lesquels se traduit alors l'attaque n'apparaissent que quelques secondes après la fin de l'excitation épileptique; les principaux sont les suivants : flux salivaire abondant; dilatation pupillaire; ralentissement et irrégularité des mouvements du cœur, avec systoles plus énergiques. Elévation de la pression intra-carotidienne du sang, par suite d'une vaso-constriction, qui se traduit encore par la pâleur de la pulpe des orteils; les reins pâlissent également, et la rate se contracte très visiblement. Rien de particulier ou, du moins, de bien net, du côté de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin; quant à la vessie, elle entre en contraction lors de chaque attaque, et expulse une partie de son contenu. M. DUVAL.

Sur les différences que paraissent présenter les diverses régions de l'écorce grise cérebrale, dites centres psycho-moteurs, sous le rapport de leur excitabilité, par VULPIAN (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 20 *avril* 1885).

Si les excitations électriques doivent être plus fortes pour produire un mouvement du membre postérieur, en portant sur la région qu'on peut appeler cérébro-crurale, que pour provoquer un mouvement de la face, en passant par la région cérébro-faciale, cela ne tient pas à une différence réelle de l'excitabilité de ces deux régions, mais simplement à la différence des distances qui les séparent des foyers d'origine, comme aussi des extrémités périphériques des nerfs que l'on met ainsi en activité. Il est vrai que cette interprétation est en désaccord avec la loi de Pflüger, d'après laquelle les excitations lancées dans un nerf moteur deviendraient de plus en plus fortes en parcourant ce nerf, du point excité vers la terminaison périphérique (*théorie de l'avalanche*), de sorte qu'une excitation électrique, d'intensité constante, portant sur un nerf moteur, devrait produire une contraction musculaire d'autant plus forte, qu'elle agirait sur un point plus éloigné des muscles. Mais la théorie de Pflüger est-elle exacte? Aux objections que lui avaient déjà faites Rosenthal et Marey, Vulpian vient joindre les résultats démonstratifs des expériences qu'il a entreprises à ce sujet sur le chien, et qui lui permettent de conclure que les excitations expérimentales des nerfs moteurs, loin d'acquérir une intensité de plus en plus grande à mesure qu'elles parcourent

des fibres nerveuses, du point excité vers les extrémités terminales intra-musculaires, perdent progressivement, au contraire, de leur énergie pendant ce parcours, et que cette diminution de force peut arriver à empêcher l'excitation du nerf, si elle porte trop loin de son extrémité périphérique, de donner lieu à une contraction. M. DUVAL.

Recherches sur la raison de l'impuissance des excitants mécaniques à mettre en jeu les régions excito-motrices du cerveau proprement dit, par VULPIAN (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 11 *mai* 1885).

A part quelques faits exceptionnels, relatifs à des animaux dont les régions cérébrales motrices étaient atteintes d'irritations inflammatoires, il est bien reconnu que les régions excitables du cerveau proprement dit ne sont mises expérimentalement en activité que par l'électricité. En faut-il conclure que l'excitabilité des fibres émanant de ces régions est toute spéciale, et diffère de celle des fibres nerveuses de la moelle ou des nerfs ? Nullement. Si ces fibres cérébrales ne sont excitables que par l'électricité, c'est que leur excitabilité expérimentale est relativement très faible, trop faible pour être mise en jeu par les excitants mécaniques ou thermiques. Il suffit, pour le prouver, de démontrer qu'un nerf quelconque cesse de provoquer des contractions musculaires sous l'influence des excitations mécaniques et thermiques, lorsqu'il ne répond plus qu'à l'action de courants de l'intensité nécessaire pour mettre en activité lesdites fibres cérébrales. Les expériences sont très démontratives à cet égard, lorsqu'elles portent par exemple sur le nerf sciatique examiné, sur des chiens, à des périodes de plus en plus éloignées de l'instant de la mort : on voit alors ce nerf perdre son excitabilité par les agents mécaniques ou thermiques à un moment (45 minutes après la mort) où il est encore excitable par des courants faradiques relativement faibles. C'est donc bien parce que l'excitabilité expérimentale des fibres excitomotrices sous-corticales est très faible, que les régions du cerveau qui les comprennent ne sont excitables ni par les agents mécaniques, ni par les agents thermiques. M. DUVAL.

Beitrag zur Kenntniss des Athmungscentrums (Contribution à l'étude du centre respiratoire), par Richard NITSCHMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXV, p.* 558).

Nitschmann admet avec Langendorff l'existence de centres nerveux spinaux présidant à la respiration. Ces centres spinaux peuvent être divisés longitudinalement sans qu'il en résulte aucun changement dans les mouvements respiratoires, à condition que la section longitudinale se fasse exactement suivant la ligne médiane.

Si pendant la section l'instrument tranchant a dévié même légèrement sur le côté, les muscles respiratoires de ce côté seront paralysés; la respiration devient unilatérale. Ceci se rapporte à des sections faites plus haut que la 4e vertèbre cervicale.

Si l'on sectionne longitudinalement la moelle cervicale et le calamus scriptorius, la respiration continue à s'effectuer normalement, les muscles de droite et ceux de gauche se contractant simultanément. Les

réflexes respiratoires consécutifs à l'excitation du sciatique sont strictement bilatéraux, les deux moitiés du diaphragme se contractant en même temps. Par contre les réflexes ayant pour point de départ le pneumogastrique, le trijumeau ou les nerfs du plexus brachial agissent inégalement sur les muscles respiratoires des deux côtés. La respiration devient inégale.

Après section longitudinale de la moelle allongée seule, l'excitation des nerfs brachiaux ne provoque pas l'asymétrie des réflexes respiratoires. La section de la moelle cervicale seule est également insuffisante pour provoquer l'asymétrie des réflexes. L. F.

Das Coordinationscentrum der Herzkammerbewegungen (Le centre de coordination des mouvements du ventricule), par H. KRONECKER et F. SCHMEY (*Sitzungsberichte der Akademie der Wissenschaften zu Berlin, p.* 87, 14 *février* 1884).

La lésion mécanique d'une portion limitée de la surface du cœur du chien ou du lapin (sillon interventriculaire antérieur, à l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs) suffit pour arrêter brusquement et définitivement toute trace de pulsations ventriculaires. Les oreillettes continuent à battre seules. Les ventricules montrent pendant quelques minutes un jeu continu de contractions fibrillaires, oscillatoires, puis l'animal meurt. L'excitation du pneumogastrique n'influe en rien sur les contractions fibrillaires du ventricule, mais arrête les pulsations des oreillettes. Les oreillettes sont également seules soumises à l'influence des accélérateurs.

La piqûre a détruit un point d'entrecroisement des voies d'innervation, qui d'ordinaire fonctionne comme centre de coordination pour la musculature des ventricules, et préside aux pulsations.

Quand on supprime ce centre de coordination, les muscles du ventricule continuent à se contracter avec non moins d'énergie qu'avant, mais sans effet utile à cause du défaut de synchronisme des différentes contractions isolées. L. FREDERIQ.

Ueber pseudomotorische Einwirkung der Ansa Vieussensii auf die Gesichtsmuskeln (Action pseudomotrice de l'anse de Vieussens sur les muscles de la face), par N. ROGOWICZ (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVI, p.* 1).

Heidenhain appelle *pseudomotrice* l'action que l'excitation de la corde du tympan exerce sur les muscles de la langue quelque temps après la section de l'hypoglosse (voir *R. S. M.*, XXIV, p. 16). Il s'était demandé si le phénomène de l'action nerveuse pseudo-motrice ne s'observerait pas également sur d'autres muscles striés lorsqu'on excite leurs nerfs vaso-dilatateurs quelque temps après la section de leurs nerfs moteurs proprement dits.

Rogowicz a vérifié l'exactitude de cette supposition en ce qui concerne les muscles de la face chez le chien, notamment les muscles des lèvres. Ces muscles sont innervés par le facial : à la suite de la section du facial, ils montrent le même phénomène des contractions fibrillaires ou

oscillations paralytiques que les muscles de la langue après section de l'hypoglosse (Schiff). Leurs nerfs vaso-dilatateurs sont contenus dans le grand sympathique cervical et peuvent être poursuivis à travers l'anneau de Vieussens jusque dans la moelle épinière, comme l'ont découvert Dastre et Morat.

Rogowicz arrache le facial dans le trou stylomastoïdien, puis attend 12-14 jours avant d'entreprendre l'opération de la préparation de l'anneau de Vieussens. En excitant le rameau postérieur de l'anneau par des chocs d'induction, il obtient dans les muscles des lèvres des phénomènes de contraction présentant tous les caractères de l'action *pseudomotrice* : il faut plusieurs chocs d'induction pour provoquer la contraction ; celle-ci s'établit lentement et disparaît de même ; la période latente est longue. L'injection de nicotine dans le sang provoque un tétanos durable des muscles du côté paralysé tandis que le côté sain reste dans le repos le plus complet. Les résultats de l'examen histologique des muscles paralysés et de leurs nerfs sont exactement les mêmes que ceux obtenus par Heidenhain sur les muscles de la langue après section de l'hypoglosse.

Rogowicz a répété également les expériences de Heidenhain sur l'action pseudomotrice exercée par la corde du tympan et le nerf lingual sur la langue paralysée. Il a vérifié l'exactitude des principaux faits découverts par Heidenhain. En outre il a constaté que le tétanos produit par électrisation du nerf lingual (après dégénérescence de l'hypoglosse) est un tétanos *muet*, c'est-à-dire ne produisant aucun son dans le téléphone. Le téléphone permet au contraire facilement d'entendre le son musculaire produit dans la langue (du côté sain) quand on tétanise les muscles par des chocs d'induction atteignant l'hypoglosse.

Heidenhain et Rogowicz ont repris la question de la soudure du lingual et de l'hypoglosse. Le bout central du lingual ayant été réuni au bout périphérique de l'hypoglosse, ils constatèrent au bout de plusieurs mois que l'action exercée par l'excitation du lingual sur les muscles de la langue est une action motrice ordinaire et non une action pseudomotrice. Les secousses sont brèves, vigoureuses, à période latente très courte. Le tétanos présente également tous les caractères du tétanos ordinaire. L'opération fut faite deux fois par Heidenhain, une fois par Rogowicz. L'expérience inverse, consistant à réunir le bout périphérique du lingual avec le bout central de l'hypoglosse et à provoquer l'action pseudomotrice par excitation de l'hypoglosse, donna un résultat négatif.

LÉON FREDERICQ.

Beitrag zur Physiologie der Herzspitze (Physiologie de la pointe du cœur), par EHRMANN (*Wien. med. Jahrb., Heft* 1, *p.* 141, 1883).

L'action des courants induits intermittents sur la pointe du cœur a été étudiée par beaucoup de physiologistes. L'auteur a voulu rechercher les effets d'excitation que l'on produit en amenant progessivement les excitations à un maximum pour les réduire ensuite à néant en suivant la progression descendante. On pouvait prévoir que les particularités observées par Fleischl dans les contractions des muscles volontaires se retrouveraient dans une certaine mesure dans celles du cœur.

L'auteur agit sur un cœur de grenouille qu'il saisit par le milieu du

ventricule au moyen de la pince de Basch, de façon à immobiliser la pointe sans la séparer du segment basique et sans la priver de son contenu naturel. La grenouille est liée sur une planche et le cœur placé sur des électrodes de platine fixées elles-mêmes sur une lame de verre. La pointe transmet ses mouvements à une membrane de caoutchouc et, par l'intermédiaire d'un tube plein d'eau, à l'aiguille de l'appareil enregistreur de Ludwig. Il faut avoir soin de ne pas comprimer les veines abdominales, car les contractions du cœur à vide seraient trop faibles.

Le début de l'excitation est enregistré et l'excitation est continuée jusqu'à ce qu'une contraction cardiaque se produise; on évalue de cette façon le nombre et la durée des excitations et l'intervalle des contractions.

Quand on commence avec des excitations minima, dont chacune individuellement serait inefficace, on voit qu'il en faut une série pour déterminer la contraction. A mesure qu'on avance, leur efficacité augmente; la longueur de la série diminue et ces faibles excitations atteignent le maximum utilisable. Puis en prolongeant encore l'expérience, les mêmes excitations cessent de produire un effet appréciable, même quand elles s'ajoutent les unes aux autres en série.

Que si l'on commence au contraire avec les excitations maxima, le phénomène inverse se produit : la contractilité s'épuise, les maxima deviennent impropres, même en grand nombre, à susciter une contraction.

La fréquence des contractions n'est pas en relation directe avec le nombre et l'intensité des excitations.

On pourrait penser que pour déterminer la contraction il faut un nombre d'autant plus considérable d'excitations qu'on les emploie plus faibles. Mais, en réalité, cette loi si simple n'est pas observée : il faut donc admettre que les excitations minima suscitent dans la fibre cardiaque une influence qui tantôt produit la contraction, tantôt y met obstacle. On est obligé de tenir compte de l'excitabilité croissante et aussi de la fatigue du cœur.

L'état d'épuisement qui précède la mort du cœur se traduit par de très grands intervalles entre les contractions : les pauses peuvent durer 100 secondes. L. GALLIARD.

Zur Frage über die Innervation des Herzens (De l'innervation du cœur), par PAWLOW (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, n° 5, 1885).

Dans un précédent travail (*ibid.* n° 4 et 5 1883) Pawlow a cherché à démontrer qu'il existe deux nerfs cardiaques centrifuges en dehors de ceux qui sont généralement admis, l'un augmentant et l'autre diminuant la pression sanguine. C'est du premier seul, nerf de renforcement, que Pawlow s'occupe dans son second mémoire.

Une de ses propriétés est de raccourcir la contraction cardiaque et par suite d'allonger la pause, sans modifier le rythme. De plus il a pour effet de rétablir l'harmonie dans les contractions cardiaques, lorsqu'à la suite de l'excitation du pneumogastrique les oreillettes se contractent avant les ventricules ou que les deux ventricules présentent un rythme différent.

Des recherches sur les chats montrent que ce nerf de renforcement est

souvent contenu dans le plus volumineux des filets nerveux qui se détachent de la face interne du pneumogastrique.

Quant à son trajet vers les centres nerveux, on sait seulement qu'en excitant le vago-sympathique au cou on n'obtient pas les effets de l'excitation du nerf de renforcement, tandis qu'on les obtient, lorsqu'on excite l'anse de Vieussens.

Enfin l'atropine est sans action sur ce nerf. L. D.-B.

Untersuchungen über die Blutkörperchenzahl und den Hämoglobingehalt des Blutes (Recherches sur le nombre des globules rouges et sur la proportion d'hémoglobine contenue dans le sang), par Jac.-G. OTTO [*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVI, p.* 21 (1er *article*) ; *p.* 36 (2e *article*), *et p.* 57 (3e)].

Le premier article de J.-G. Otto est entièrement consacré à la description détaillée des procédés analytiques employés. La quantité d'hémoglobine contenue dans le sang a été déterminée par le *spectrophotomètre* de Hüfner (Voir *Journ. f. prakt. Chemie*, XVI, 1877, p. 290, et *Zeitsch. f. physiolog. Chemie*, 1880 p. 8.) L'appareil est formé essentiellement par un spectroscope à vision directe. La largeur de la fente peut être réglée et déterminée très exactement. L'une des moitiés de la fente fait entrer dans l'appareil de la lumière polarisée (par un petit prisme de Nicol), l'autre laisse passer de la lumière ordinaire non polarisée. La lumière non polarisée traverse la solution d'oxyhémoglobine et y subit une absorption ayant pour effet d'affaiblir certains rayons. Le spectre de la lumière non polarisée paraît alors moins lumineux que celui de la lumière polarisée. On rétablit l'égalité entre les deux spectres par la rotation d'un nicol analysateur. L'angle de rotation permet de déterminer le coefficient d'extinction de la solution d'hémoglobine (régions $D_{32}E - D_{53}E$ et $D_{63}E - D_{84}E$ du spectre).

Otto étudie d'abord le degré de précision avec lequel se déterminent les constantes qui servent à calculer les quantités d'hémoglobine, au moyen des coefficients d'extinction. Il arrive à cette conclusion : la détermination de l'oxyhémoglobine par le nouveau modèle du spectrophotomètre de Hüfner surpasse en précision toutes les autres méthodes connues.

Otto dilue le sang avec 150 à 200 volumes d'une solution à 1 0/00 de carbonate de sodium. La dilution se fait au moyen de deux pipettes calibrées exactement et assez semblables à celles de l'hématimètre de Hayem. La petite sert à mesurer le sang, la grande sert à mesurer le liquide de dilution.

Otto compte les globules au moyen de l'appareil de Hayem. Il dilue le sang avec une solution de sel de Glauber à 5 0/0, qui, d'après lui, donne des résultats aussi exacts que le sérum ou la solution de Hayem.

Enfin Otto traite la question de la détermination, au moyen du spectrophotomètre de la quantité d'oxygène contenue dans le sang. Cette détermination, est possible si l'on connaît la quantité d'oxyhémoglobine et celle d'hémoglobine réduite du sang à analyser, la capacité de saturation de l'hémoglobine pour l'oxygène ayant été déterminée une fois pour toutes. On néglige l'oxygène dissous dans le plasma. Vierordt a montré la pos-

sibilité de la détermination simultanée de l'oxyhémoglobine et de l'hémoglobine réduite au moyen des coefficients d'extinction observés au spectrophotomètre, les constantes photométriques de ces deux substances étant connues et déterminées une fois pour toutes. Hüfner a réalisé la solution pratique de cette détermination simultanée. Otto décrit en détail la manipulation ayant pour but de recueillir le sang à l'abri de l'air et de le diluer pareillement avec une quantité connue de solution de carbonate de sodium (1 0/00) privée d'air. Des figures intercalées dans le texte représentent les différents appareils employés dans ces recherches. D'après Hüfner, 1 gramme d'hémoglobine peut se combiner à 1,202 cc. d'oxygène (à 0° et 1 mètre de pression). Ce chiffre a été déterminé très exactement : il sert de base aux calculs du dosage de l'oxygène par le spectrophotomètre.

Dans le second article, l'auteur expose les résultats des recherches qu'il a entreprises au moyen du spectrophotomètre et de l'hématimètre sur le sang normal de l'homme, du chien et du lapin. Le troisième article est consacré à l'étude de l'influence exercée par la saignée, sur la proportion d'hémoglobine et de globules. L'auteur fait l'historique détaillé de chacun des points qu'il traite. On trouve dans son travail des renseignements bibliographiques nombreux et bien coordonnés. Nous nous bornons à reproduire ici les principaux résultats de ses propres recherches.

Sang humain. — On a trouvé dans le sang de *l'homme* (moyenne prise sur 25 hommes) 4,998,780 globules par millimètre cube et 14^{gr},57 d'hémoglobine par 100 centimètres cubes de sang; chez *la femme* (moyenne prise sur 25 femmes), 4,584,708 globules et 13^{gr},27 d'hémoglobine. Dans ces recherches, la quantité d'hémoglobine du sang se montre sensiblement proportionnelle au nombre des globules. En effet :

$$4{,}998{,}780 : 4{,}584{,}708 = 1{,}090$$
$$\text{et } 14{,}57 : 13{,}27 = 1{,}091$$

Sang du chien. — Dans l'espèce canine, le sang du mâle est également plus riche en globules et en hémoglobine que le sang de la femelle. Les chiffres trouvés présentent de grandes différences individuelles.

Chiens (12 individus) : nombre des globules compris entre 4,119,900 et 8,977,200 ; quantité d'hémoglobine dans 100 cc. de sang comprise entre 12^{gr},27 et 15^{gr},98.

Chiennes (5 individus) : globules, 4,039,300 à 7,144,200 ; hémoglobine 12^{gr},06 à 14^{gr},98.

Ces chiffres se rapportent au sang des capillaires de la région inguinale.

Pour le sang de l'artère et de la veine crurale, Otto détermine également la proportion d'hémoglobine réduite et d'hémoglobine oxygénée. Voici quelques-uns des chiffres.

Chiens (11 individus) : 100 cc. de sang artériel contiennent : matière colorante rouge, de 12,531 grammes à 15,285 grammes, se répartissant en hémoglobine oxygénée, 11,427 grammes à 14,184 grammes; et hémoglobine réduite, 1,044 grammes à 1,186 grammes ; — globules rouges par millimètre cube de 4,119,200 à 8,486,900.

100 cc. de sang veineux contiennent : matière colorante rouge, de

13,479 grammes à 16,430 grammes se répartissant en hémoglobine oxygénée, 8,765 grammes à 10,216 grammes ; et hémoglobine réduite, 4,714 grammes à 6,214 grammes — globules rouges par millimètre cube, de 5,072,000 à 9,418,300.

Chiennes : (5 individus) : 100 cc. de sang artériel contiennent de 11,690 grammes à 14,719 grammes de matière rouge, dont 10,676 gr. à 13,641 grammes d'oxyhémoglobine et 1,013 à 1,087 d'hémoglobine réduite. — Il y a de 3,757,800 à 6,402,100 de globules rouges par millimètre cube de sang artériel.

100 c. c. de sang veineux contiennent de 12,367 grammes à 15,431 grammes de matière rouge, dont 8,443 grammes à 9,184 grammes d'oxyhémoglobine et 3,924 grammes à 6,247 grammes d'hémoglobine réduite. Il y a 4,218,200 à 7,498,300 globules rouges par millimètre cube de sang.

Le sang artériel n'est donc pas complètement saturé d'oxygène, puisqu'il contient ordinairement un peu plus d'un gramme d'hémoglobine réduite pour 100 c. c. de sang. On peut il est vrai objecter qu'une partie de l'oxyhémoglobine contenue dans le sang a dû nécessairement se dissocier au moment de la dilution avec la solution bouillie, par conséquent avant l'examen spectrophotométrique.

Le sang veineux est plus concentré que le sang artériel. Ce dernier a dû perdre au niveau des capillaires une proportion notable d'eau.

Le sang veineux n'est pas plus riche en oxygène chez le mâle que chez la femelle. Pour l'oxygène du sang artériel, il y a une différence en faveur des mâles.

Sang du lapin. — Chez le lapin, l'influence du sexe se fait sentir de la même façon que chez l'homme et chez le chien.

Lapins (10 individus). Le sang des capillaires de l'oreille contient de 4,186,400 à 5,216,800 globules rouges par millimètre cube et $9^{gr},43$ à $10^{gr},76$ d'hémoglobine pour 100 cc. de sang.

Lapines (10 individus). Le sang contient de 3,100,000 à 4,139,600 globules par millimètre cube et $7^{gr},89$ à $9^{gr},41$ d'hémoglobine par 100 cc. de sang.

Influence de la saignée. Action immédiate de la saignée. — La saignée diminue immédiatement le nombre des globules et la quantité d'hémoglobine du sang. Fait curieux et encore inexpliqué, la diminution de la quantité d'hémoglobine est notablement plus forte que celle du nombre des globules. Dans un cas de saignée chez l'homme, le nombre des globules avait diminué de 8,74 0/0, l'hémoglobine était réduite de 9,97 0/0.

En outre la différence de concentration entre le sang artériel et le sang veineux tend à disparaître ; la transsudation qui se faisait au niveau des capillaires se ralentit ou s'arrête. Dans ces conditions, le sang veineux n'est pas plus riche en hémoglobine et en globules que le sang artériel. Mais la richesse absolue du sang en globules diminue rapidement après une saignée, à cause de l'absorption d'une quantité notable de lymphe qui vient remplacer le sang perdu, et dilue la masse restante de sang. Après une saignée, la quantité d'oxygène diminue beaucoup plus dans le sang veineux que dans le sang artériel. Le sang artériel, tout en étant plus pauvre en globules et en oxygène après une saignée, est cependant plus près du point de saturation d'oxygène qu'avant la saignée.

L'étude de la période de *régénération lente après la saignée* a fourni des résultats qui ne diffèrent pas notablement de ceux déjà publiés par d'autres expérimentateurs. LÉON FREDERICQ.

Die Bluttplätchen und die Blutgerinnung (Les plaquettes du sang et la coagulation sanguine), par SCHIMMELBUSCH (*Fortschritte der Medicin*, 15 *février* 1885).

De nombreux examens de sang, pratiqués à l'état frais ou sous forme de préparations sèches, ont permis à l'auteur de retrouver les éléments décrits sous le nom de plaquettes (hématoblastes); l'observation directe du sang contenu dans les vaisseaux lui a donné le même résultat ; enfin il a pu se convaincre de l'existence de ces éléments dans le torrent circulatoire : des animaux furent placés dans un bain d'une solution indifférente de sel marin, puis laparotomisés, et les vaisseaux du mesentère furent examinés directement dans le bain avec un objectif à immersion.

Ces plaquettes (*Plättchen*) s'altèrent très rapidement, en prenant une forme irrégulière, anguleuse, et sur quelques-uns de ces éléments, à mesure qu'ils se ratatinent, apparaissent à leur périphérie, soit en un point déterminé, soit au pourtour de leur circonférence, de petites masses pâles, homogènes, augmentant d'étendue par l'addition d'eau ou d'acide acétique, disparaissant au contraire sous l'influence d'une solution salée. Ces modifications semblent au premier abord être en rapport assez immédiat avec la coagulation de la fibrine ; en effet, le froid, les solutions d'eau salée, retardent et la coagulation et l'altération des plaquettes du sang, tandis que la chaleur et le battage les font apparaître plus rapidement.

Voici le procédé que S... a employé pour l'étude de la coagulation ; il se sert d'une lame porte-objet concave, puis il place une goutte de sang près du centre de la cavité ; il l'étend rapidement avec une lamelle couvre-objet, et la place au centre du porte-objet de manière que la lamelle repose de tous côtés sur des parties planes ; on protège la couche de sang de l'évaporation, en plaçant sur le bord de la lamelle une goutte d'eau ou une goutte d'huile. En soulevant le couvre-objet et séchant rapidement, on interrompt, quand on veut, le processus de la coagulation. L'auteur a pu ainsi se convaincre que la coagulation était entièrement indépendante des hématoblastes et que c'était en réalité un simple processus de cristallisation ; la fibrine se montre sous forme d'aiguilles, assez analogues aux cristaux d'acide margarique, qui se placent les unes sur les autres, augmentant d'étendue et de volume pour constituer le réticulum bien connu. W. OETTINGER.

Ueber die Contraction der Blutgefässe unter dem Einfluss erhöhter Temperatur (De la contraction des vaisseaux sanguins sous l'influence de l'élévation de température), par GARTNER (*Wien. med. Jahrb.*, *Heft* 1, *p.* 43, 1884).

Les observations de l'auteur ont été faites sur le mésentère de la grenouille au moyen du microscope à projection électrique. Au moment où la préparation est traversée par les rayons lumineux et soumise par conséquent à une température élevée, on voit les vaisseaux se contracter activement, avec assez d'énergie quelquefois pour arrêter complètement

le cours du sang. Quand les rayons sont très faibles, les vaisseaux restent dilatés.

Ce ne sont pas seulement les gros vaisseaux qui se contractent, mais aussi les petits et même les capillaires ; le phénomène a été observé sur plusieurs grenouilles, même chez une grenouille curarisée pendant quarante-huit heures.

Dans les artères et veines importantes, on voit que la contraction se propage du centre à la périphérie, des insertions mésentériques à l'intestin. Quand l'influence calorique cesse, les vaisseaux se dilatent, mais reprennent rarement leur volume primitif.

La chaleur excite donc les contractions vasculaires : on connaît l'action hémostatique des irrigations d'eau très chaude, en gynécologie.

L. GALLIARD.

De l'influence du travail et de la fatigue sur l'irritabilité des muscles et des nerfs et sur les réflexes tendineux chez l'homme, par J. ORCHANSKI (*Vratch*, n° 31, 1884).

Les sujets qui servaient aux expériences de Orchanski étaient contraints de soutenir par le pied ou la main un certain poids pendant un certain temps. L'irritabilité des muscles en travail et de leur nerfs moteurs se mesurait à des intervalles égaux au moyen de courants constants et induits. En même temps on explorait l'état des réflexes tendineux dans la région des muscles en travail. Comme résultat, l'auteur a trouvé que l'irritabilité électrique (tant pour les courants constants que les courants d'induction) des muscles qui travaillent et de leurs nerfs moteurs augmente d'abord et ensuite, sous l'influence de la fatigue croissante, diminue considérablement. Ces deux phases varient dans leur durée et leur intensité selon les individus. Chez les personnes avec un système musculaire très développé, la première phase (augmentation de l'irritabilité) est plus manifeste et plus prolongée. Elle est, par contre, peu accusée et très passagère chez les sujets à système musculaire faible et atrophique, et peut même échapper à l'attention de l'observateur. Les changements de l'irritabilité pour les courants constants et induits se produisent en général parallèlement, mais ne sont pas toujours isochrones, et il arrive quelquefois que pour une variété de courant la première phase persiste encore, tandis que pour l'autre variété elle est déjà remplacée par la seconde phase. Ainsi, Orchanski a observé plusieurs fois une diminution de l'irritabilité pour le courant induit quand, pour le courant constant, l'irritabilité était encore très bien conservée — ce qui était *une espèce de réaction de la dégénération* (Entartungsreaction des Allemands). Les muscles fatigués se contractent aussi plus lentement (träge Zuckung), tout comme dans la « réaction de la dégénération ».

Tous ces phénomènes s'obtiennent sous l'influence des contractions tant cloniques que tétaniques, avec cette différence seulement que la fatigue apparaît beaucoup moins vite dans le travail clonique, c'est-à-dire non continu. Les changements de l'irritabilité se manifestent dans les nerfs plus tard que dans les muscles ; en d'autres mots, les nerfs se fatiguent moins vite que les muscles. Cela se rapporte surtout à la deuxième phase (diminution de l'irritabilité).

La restauration de l'irritabilité après la cessation du travail a lieu dans les nerfs moins vite que dans les muscles et peut être accélérée considérablement, si l'on fait passer un courant constant à travers les muscles et les nerfs fatigués.

Quant aux réflexes tendineux ou contractions musculaires provoquées par l'irritation mécanique (percussion) des tendons des muscles, ils se comportent de la manière suivante :

1° Au début du travail ils deviennent plus intenses pour s'affaiblir ensuite quand la fatigue augmente.

2° L'état des réflexes tendineux change plus ou moins parallèlement avec les changements de l'irritabilité électrique, mais pourtant ces deux séries de phénomènes ne concordent pas tout à fait quant à leur intensité ;

3° L'affaiblissement des réflexes tendineux, une fois commencé, progresse rapidement;

4° Quand, par suite de la fatigue, l'extrémité inférieure commence à trembler fortement, les réflexes tendineux peuvent d'emblée tomber à zéro.

5° Par contre, la réapparition des réflexes tendineux est rapide ; on l'observe avant la restauration de la force et de l'irritabilité électrique des muscles.

Les expériences de Orchanski montrent que l'état de l'appareil nervo-musculaire a une grande influence sur la production des réflexes tendineux. La disparition rapide des réflexes tendineux pendant le travail musculaire et leur réapparition tout aussi rapide après la cessation du travail ainsi que leur conservation dans l'extrémité inactive—tous ces faits parlent contre un rôle tant soit peu important des centres nerveux dans les changements de l'état des réflexes tendineux sous l'influence de la fatigue ; ils témoignent, au contraire, en faveur de la supposition que l'état des réflexes tendineux dépend principalement des changements dans le muscle en travail et que le nerf moteur n'y prend qu'une part secondaire. Ainsi, les expériences de Orchanski sont un nouvel argument en faveur de la théorie des réflexes tendineux de Westphal (qui fait dépendre ces réflexes de l'état où se trouvent les muscles) et contre la théorie d'Erb (d'après lequel les réflexes tendineux sont provoqués par l'irritation des nerfs des tendons qui se transmet aux muscles par l'intermédiaire de la moelle épinière). W. HOLSTEIN.

Expériences sur la contraction musculaire provoquée par une percussion du muscle chez l'homme, par A. BLOCH (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., janvier* 1885).

Par un ingénieux dispositif expérimental, l'auteur arrive à réaliser sur le muscle droit antérieur de la cuisse de l'homme l'expérience que Aeby et Marey ont fait sur un muscle détaché de l'animal, c'est-à-dire à enregistrer le gonflement musculaire sur deux points de la longueur du muscle et à calculer ainsi la vitesse avec laquelle se propage l'onde musculaire correspondant à une contraction provoquée par l'excitation directe du muscle en un point de sa continuité. Pour cette vitesse il trouve deux mètres par seconde, c'est-à-dire une valeur double de celle donnée par

Aeby et Marey, pour l'onde musculaire de la grenouille; mais il ne faut pas oublier que ces deux derniers auteurs expérimentaient sur des muscles détachés; de plus leurs résultats sont relatifs à des animaux à sang froid. A. Bloch a fait également son expérience en recherchant ce qui se passe lorsque l'on percute le tendon rotulien dans les circonstances favorables à la production du phénomène patellaire : dans ce cas les soulèvements sont simultanés sur deux points de la longueur du muscle, c'est-à-dire qu'il n'y a pas progression d'une onde mais que le muscle entre en contraction dans sa totalité. Ce fait est un argument dans le sens de l'explication du phénomène patellaire par une action réflexe, car s'il s'agissait d'une excitation des fibres inférieures des muscles cruraux, on constaterait pour les régions éloignées de la rotule un retard comparable à celui que présentent, dans les expériences par percussion de la cuisse, les points éloignés de l'endroit percuté. M. DUVAL.

Sur quelques points de la physiologie des muscles lisses chez les invertébrés par H. de VARIGNY (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 2 *mars* 1885).

Les muscles lisses des appareils de la vie de relation chez les invertébrés présentent des propriétés bien différentes de celles classiquement connues pour les muscles lisses des vertébrés. D'abord ils sont soumis à l'influence de la volonté ; puis ils ne sont pas thermosystoliques, et leur irritabilité est aussi grande que celle des muscles striés. Ainsi les muscles lisses du poulpe réagissent aux mêmes excitants et leur contraction est plus rapide et plus brève que celle des muscles rouges du lapin. De même pour la période latente. On peut donc dire qu'il n'existe pas de différence essentielle entre la physiologie des muscles lisses et celle des muscles striés, les muscles lisses arrivant, dans certaines conditions, à égaler les muscles striés et même à les surpasser quant à leurs propriétés contractiles. M. DUVAL.

Études sur la marche de l'homme au moyen de l'odographe. Note par MAREY (*Acad. des Sciences*, 3 *novembre* 1884).

Ces recherches ont montré, comme résultats pratiques, l'influence favorable que des talons bas exercent sur la rapidité de la marche; de plus que, au moins chez bon nombre de sujets, l'allure est plus rapide quand la semelle est un peu longue. Les frères Weber avaient cru pouvoir formuler comme une loi que les pas sont d'autant plus longs que le rythme de la marche est plus rapide ; mais cette formule est trop générale; en réalité, il y a une limite à déterminer par l'expérience, limite à partir de laquelle il n'y a que désavantage à presser la mesure du tambour ou du clairon, qui règle le pas du soldat. Sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, il faudra des expériences répétées pour déterminer les conditions les plus favorables à l'utilisation des forces humaines. M. D.

Influence du système nerveux sur la calorification, par Ch. RICHET (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 13 *avril* 1885).

Des lapins, dont le cerveau a été piqué, présentent une élévation de température de plusieurs degrés. Si l'on continue, chez le même la-

pin, à faire chaque jour des piqûres de plus en plus profondes, on provoque de l'encéphalite, des abcès du cerveau, de l'œdème des ventricules, et on constate un abaissement considérable de la température. Or, à l'aide d'un calorimètre, dit à siphon, on peut s'assurer qu'il y a alors refroidissement dû non à une exagération dans la perte de chaleur, mais bien à une diminution dans sa production. La chaleur fébrile est due semblablement, non à une diminution des pertes, mais à une augmentation de la production de calorique. Le système nerveux règle donc la chaleur animale bien moins par une influence vaso-motrice que par une action sur la vie chimique des tissus. M. DUVAL.

Ueber Bewegungen der Zapfen und Pigmentzellen der Netzhaut unter dem Einfluss des Lichtes und des Nervensystems (Sur les mouvements des cônes et des cellules pigmentaires de la rétine, sous l'influence de la lumière et du système nerveux), par Th.-W. ENGELMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie, XXXV, p.* 498).

Van Genderen Stort a découvert au laboratoire d'Engelmann que l'article interne des cônes de la rétine se raccourcit considérablement sous l'influence de la lumière. L'article contracté peut ne présenter que le dixième de sa longueur primitive.

Le racourcissement se fait très rapidement, en quelques minutes quand il s'agit de lumière diffuse, plus rapidement encore par l'insolation directe. Toutes les régions du spectre peuvent produire le phénomène; les rayons les plus réfrangibles semblent présenter le maximum d'activité. Il est probable que la lumière porte son action irritante directement sur l'article interne. Le raccourcissement de l'article interne a pour effet de retirer l'article externe (qui ne change pas de dimensions) vers la membrane limitante externe. On sait que le pigment de l'épithélium de la couche externe exécute sous l'influence de la lumière un mouvement de locomotion dirigé pareillement de l'extérieur vers l'intérieur, c'est-à-dire vers la couche limitante externe. Engelmann a constaté que ces deux mouvements, celui des cônes et celui des cellules pigmentaires, n'étaient pas nécessairement liés l'un à l'autre. Dans certaines circonstances le pigment s'avance sans que les cônes se retirent.

Le séjour des animaux dans l'obscurité produit l'effet inverse, c'est-à-dire l'extension au maximum de l'article interne du cône, l'article externe se trouvant poussé dans la direction de la couche pigmentaire. Ce mouvement s'opère beaucoup plus lentement que celui qui a pour cause l'action de la lumière.

Ces mouvements de la couche pigmentaire et des cônes peuvent également se produire sous l'influence du système nerveux central. Tant que l'encéphale et les nerfs optiques sont intacts, l'action de la lumière sur un seul œil produit néanmoins les phénomènes de mouvements des cônes et du pigment dans les deux yeux. L'action unilatérale de ces lumières ne reste limitée au côté éclairé que si l'on a détruit l'encéphale ou les nerfs optiques. Il y a donc là un véritable phénomène réflexe ayant son point de départ dans l'œil éclairé et exerçant son action sur l'œil plongé dans l'obscurité. Le nerf optique ne serait donc pas un nerf purement centripète mais contiendrait également des filets centrifuges.

Mais il y a plus ; ce mouvement réflexe des cônes de l'épithelium pigmentaire peut avoir pour point de départ l'irritation des nerfs de la peau. Une grenouille conservée dans l'obscurité fut exposée par le dos et l'extrémité postérieure seule à la radiation solaire ; sa rétine présenta bientôt le même aspect que si elle avait été directement soumise à l'action de la lumière. L'action de la strychnine, l'application de l'électricité peuvent produire les mêmes résultats.

L'association des mouvements des éléments des deux rétines fut étudiée et constatée chez la grenouille et le pigeon. L. F.

De l'intensité lumineuse des couleurs spectrales ; influence de l'adaptation rétinienne. Note par H. PARINAUD (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 24 *novembre* 1884).

L'intensité lumineuse d'une couleur étant déterminée par le minimum de cette couleur perçu comme clarté, on constate que lorsque l'œil n'est pas adapté, c'est-à-dire lorsqu'il vient d'être soumis à l'action de la lumière ambiante, le jaune est le plus intense, viennent ensuite le vert et le rouge, etc. ; mais lorsque l'œil a séjourné dans l'obscurité, l'intensité relative des différentes parties du spectre se modifie profondément, par le fait de l'accroissement plus considérable de la sensibilité pour les rayons plus réfrangibles, de telle sorte que le minimum de lumière perçu par l'œil adapté s'abaisse d'autant plus que la couleur examinée est plus éloignée du rouge. — Par un contraste remarquable, cet accroissement de la sensibilité n'existe pas pour la *macula*, ou du moins il est si faible que l'on est en droit de l'attribuer aux phénomènes de dispersion qui se produisent autour de cette partie de la rétine.

Or, la *macula* ne renfermant pas de pourpre visuel, on doit penser que cette substance que la lumière détruit et qui se régénère dans l'obscurité, est l'agent de l'accroissement de la sensibilité rétinienne. Comme l'action de la lumière sur le pourpre est manifestement de nature chimique, il est naturel que les rayons dont l'action chimique est différente agissent inégalement. Enfin, cette substance servant d'intermédiaire à l'excitation lumineuse, on conçoit qu'après sa régénération dans l'obscurité, l'œil devienne plus sensible pour les rayons qui ont sur elle une action plus énergique. M. DUVAL.

Sur la mesure de l'intensité des sensations colorées, par Aug. CHARPENTIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 11 *mai* 1885).

On sait depuis longtemps que la force des sensations n'est pas proportionnelle à l'intensité des excitations qui leur donnent naissance. Pour les sensations de couleurs, en prenant comme unité de perception le minimum perceptible obtenu en présentant à l'œil un champ lumineux d'intensité juste suffisante pour qu'il soit perçu, on constate qu'à partir de ce minimum perceptible, qui procure une sensation égale par toutes les couleurs, la sensation croît moins vite que l'excitation, et de moins en moins rapidement à mesure que celle-ci devient plus considérable. En même temps, les sensations des diverses couleurs, d'abord confondues au minimum perceptible, croissent très inégalement pour des augmen-

tations identiques de l'excitation : ainsi, pour des excitations égales, le rouge paraît plus intense que le jaune, celui-ci plus que le vert, et le vert plus que le bleu (la courbe de la sensation devient d'autant plus élevée que la couleur correspondante est moins réfrangible). M. DUVAL.

Ueber die Innervation des Pylorus, par OSER (*Wien. med. Jahrb., Heft III, p.* 385, 1884).

Pour étudier les contractions du pylore, l'auteur introduit dans l'organe les branches d'une pince à ressort, dont les mouvements sont inscrits sur un cylindre enregistreur. Les expériences sont faites sur de jeunes chiens, à jeun depuis 24 heures, curarisés, respirant artificiellement, chez qui les nerfs vagues ont été mis à nu au cou, les splanchniques dans la poitrine.

L'étude des courbes obtenues après simple introduction de l'instrument, sans excitation nerveuse, montre qu'il existe des divergences très marquées entre les contractions des divers animaux : les uns ont des contractions intenses et durables, avec de longs intervalles, les autres des contractions plus faibles et plus fréquentes. Les mouvements spontanés se manifestent aussi bien quand on a coupé les nerfs vagues et les splanchniques.

L'excitation des nerfs vagues au cou détermine immédiatement une contraction de l'anneau pylorique, contraction dont l'intensité et la durée dépendent de l'énergie de l'excitation, qui est généralement très courte, mais peut durer huit secondes. Il est rare qu'une excitation unique soit suivie de plusieurs contractions. D'autre part, la contractilité de l'organe ne s'épuise qu'à la suite d'excitations fréquentes et très rapprochées : l'anneau pylorique conserve longtemps la propriété de se contracter d'une façon identique.

L'excitation de la portion thoracique du grand sympathique arrête les contractions spontanées du pylore; l'influence de cette excitation s'exerce d'une façon progressive, atteint son maximum au bout d'une ou de deux minutes, puis elle décline lentement. Quand elle a cessé, on voit se produire de nouveau des mouvements spontanés d'abord faibles, puis normaux, au bout de trois minutes.

La combinaison des deux expériences : excitation simultanée des pneumogastriques au cou et des splanchniques dans le thorax, montre que l'action paralysante de ces derniers est moins puissante que l'énergie motrice des nerfs vagues, du moins au début de l'expérience. Quand, après avoir d'abord excité simultanément les deux ordres de nerfs, on s'adresse de nouveau aux splanchniques, leur action paralysante ne se laisse plus influencer que très faiblement par l'excitation des pneumogastriques. Si l'on abandonne ensuite les splanchniques, les nerfs vagues reprennent leur influence.

Il y a une différence physiologique entre les deux splanchniques : le gauche a une action paralysante plus puissante que le droit.

Il résulte de ces expériences que les fibres circulaires de l'anneau pylorique sont soumises à deux actions nerveuses antagonistes, celle des nerfs vagues et celle des splanchniques, l'une motrice, l'autre paralysante : mais le fonctionnement de ces deux actions n'obéit pas à des lois

identiques, on peut donc supposer qu'il s'exerce par le moyen de deux appareils nerveux distincts. L. GALLIARD.

I. — Un cas de fistule gastrique, par de CÈRENVILLE. — Observations physiologiques par A. HERZEN (*Revue médicale de la Suisse romande, janvier* 1884).

II. — De la pepsinogénie chez l'homme, par HERZEN, (*Idem, mai* 1884 *et janvier* 1885).

III. — Influence du sel de cuisine sur l'acidité du suc gastrique, par W. LERESCHE (*Idem, octobre* 1884).

I-III. — Un grand nombre d'expériences relatives à la digestion ont été faites sur l'opéré Baud par Herzen et ses élèves. En voici les résultats résumés (voy. obs. même fasc., page 229.)

La digestion d'un repas composé de huit décilitres de lait, de deux œufs et de pain pilé réclamait au moins six heures. Douze heures après le repas, l'estomac contenait toujours 200 à 300 centimètres cubes d'un liquide aqueux, jaunâtre, offrant l'aspect, l'odeur et les réactions de la bile. Néanmoins ce liquide était acide, contenait en très faible quantité de la pepsine et du zymogène et saccharifiait l'empois d'amidon.

Une fois l'estomac vidé de ce premier contenu, au bout d'un certain temps il s'emplissait d'un liquide absolument incolore et limpide, extrêmement épais et filant, tout à fait semblable à du blanc d'œuf frais, et dont la quantité était toujours beaucoup moindre que celle du premier contenu. Ce deuxième liquide était aussi acide et ne digérait qu'imparfaitement la fibrine.

Lorsque l'estomac a complètement achevé son ouvrage, il se repose en se relâchant et permet ainsi au contenu duodénal de pénétrer dans son intérieur.

L'appétit commence à se manifester longtemps avant que l'estomac soit tout à fait vide.

Herzen a également vérifié l'exactitude des idées de Schiff sur le rôle peptogénique du bouillon, de la dextrine, du lait ; mais les peptogènes manifestent leur influence plus tard et plus lentement que chez le chien.

De toutes les substances peptogènes, c'est le bouillon de viande fraîche qui donne les meilleurs résultats. Quand on administre ces substances par le rectum leurs effets sont plus lents.

Le sel de cuisine est dénué de toute action peptogénique.

L'acidité du suc gastrique qui augmentait ordinairement pendant les premières heures de la digestion diminuait sans exception si l'on ajoutait du sel au repas et cette diminution était d'autant plus considérable et plus prolongée que la quantité de sel était plus forte ; quelquefois même l'acide se trouvait complètement neutralisé. Cette neutralisation du suc gastrique est due à l'hypersécrétion des glandes muqueuses ; aussi ne l'observe-t-on pas quand le sel est donné en lavement.

Le vin blanc, le mâcon, le marsala, le cognac, le thé, demeuraient sans action sur la rapidité de la dissolution de l'albumine, tandis que le café noir semblait exercer une influence favorable sur la digestion.

La digestion du fromage de Gruyère jeune et celle de la viande crue, beaucoup plus lentes qu'on ne le croit, ne subissent aucune influence appréciable de la part des meilleurs peptogènes. Paradoxal à première

vue, le fait s'explique très bien. La caséine n'étant pas dissoute par la pepsine, une augmentation de celle-ci ne peut assurer la digestion du fromage. D'autre part, la viande crue fournit elle-même à l'estomac un extrait riche en substances peptogéniques auquel il est superflu de vouloir ajouter.

Nous citons quelques chiffres qui précisent les divers résultats signalés ci-dessus.

Avant le repas, 90 pour cent des liquides retirés de l'estomac de Baud sont bilieux ; dans les deux premières heures de la digestion, la proportion s'abaisse à 50 pour cent; dès la troisième heure, elle remonte à 77, et à la cinquième heure, elle est de nouveau de 90 pour cent.

Avant le repas, 60 pour cent des contenus de l'estomac renfermaient de la trypsine ; à la troisième heure, on n'en trouvait plus que dans 14 sur cent et à la cinquième heure dans 20 sur cent.

L'acidité moyenne du suc était de 1,2 pour mille avant manger ; de 1,35 à la première heure de digestion, de 2,5 pour les deux heures suivantes et de 2 pour la cinquième heure. On voit que l'acidité augmente peu à peu pendant les trois premières heures de la digestion, pour diminuer ensuite.

L'heureuse action des substances peptogènes ressort des chiffres suivants qui indiquent la proportion d'albumine digérée pendant les trois premières heures, avec ou sans introduction préalable de peptogènes.

	1re *heure*	2e *heure*	3e *heure*.
Sans peptogènes	3 pour cent	25 pour cent	50 pour cent.
Avec peptogènes	10 —	38 —	67 —

J. B.

Die Ausscheidung des Zuckers im Harne des gesunden Menschen nach Genuss von Kohlenhydraten (L'excrétion du sucre par les urines chez l'homme sain à la suite de l'ingestion de substances hydrocarbonées), par Worm MÜLLER (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXIV, p.* 576).

Les expériences de Worm Müller exécutées sur l'homme ont conduit aux résultats suivants :

Une alimentation riche en féculents ne provoque pas dans les urines l'apparition de sucre. La lévulose ingérée ne passe pas dans l'urine. Après l'ingestion de 50 à 250 grammes de sucre de lait, de canne ou de raisin, on retrouve chacune de ces substances dans les urines. L'espèce de sucre excrété correspond toujours à celle introduite par l'alimentation. La quantité d'urine excrétée avec le sucre est plutôt diminuée qu'augmentée.

La quantité de sucre excrétée est peu considérable, à peine 1 0/0 de la quantité ingérée. La presque totalité du sucre excrété l'est pendant les 3 à 5 heures qui suivent l'ingestion. L. F.

Die Resorption des Zuckers und des Eiweisses im Magen (La résorption du sucre et de l'albumine dans l'estomac), par R. Meade SMITH (*Archiv für Anatomie und Physiologie ; Physiologische Abtheilung, p.* 481, 1884).

R. Meade Smith a étudié chez la grenouille la résorption du sucre de raisin et des albuminoïdes à la surface de l'estomac. Il emploie des gre-

nouilles ayant jeuné depuis huit jours au moins; il leur met l'estomac à nu, lie le pylore, puis recoud soigneusement la plaie abdominale. Ces animaux supportent fort bien l'opération; mais tandis que chez les grenouilles à jeun intactes, l'estomac est toujours vide et montre seulement un léger enduit de mucus, chez celles qui ont subi la ligature du pylore, la cavité stomacale contient une certaine quantité ($0^{gr},3$ à $0^{gr},5$) d'un liquide trouble, mucilagineux, acide, renfermant environ 2,5 0/0 de substances organiques.

Les premières séries d'expériences concernent le sucre de raisin. Le sucre est introduit dans l'estomac à l'état solide ou en solution (solutions contenant l'une 28,5 0/0, l'autre 16,8 0/0 de sucre). S'il s'agit de sucre sec, la substance est introduite en quantité pesée dans l'estomac par une plaie de l'œsophage; l'œsophage est ensuite lié. Les animaux sont conservés pendant quelque temps sur des assiettes de verre, sous des cloches de verre, puis sacrifiés par destruction du système nerveux central. Le contenu stomacal est recueilli avec soin, pesé, séché et incinéré. Mais auparavant le sucre est titré au moyen de la liqueur de Fehling dans une partie de l'extrait aqueux fourni par le contenu stomacal.

R. Meade Smith a constaté de cette façon que plus de la moitié du sucre introduit dans l'estomac disparaît, c'est-à-dire est résorbé au bout d'un petit nombre d'heures (3 à 6 heures) et qu'au bout de 48 heures on ne trouve plus de sucre dans l'estomac. La résorption est d'autant plus rapide que la solution de sucre est plus concentrée; elle atteint son maximum avec du sucre en poudre. En même temps que ce sucre est absorbé par les parois de l'estomac, celles-ci laissent transsuder ou sécrètent une quantité de liquide pouvant s'élever à plusieurs grammes. Ce liquide est fort peu acide, parfois même alcalin; il diffère donc assez notablement du liquide sécrété par les glandes stomacales. Cependant la proportion de résidu solide organique (abstraction faite du sucre), qu'il abandonne à la dessication est à peu près la même que pour le suc gastrique. Longtemps après l'absorption complète du sucre, on trouve encore dans l'estomac des quantités notables de liquide.

La résorption des produits de digestion des albuminoïdes fut étudiée dans d'autres séries d'expériences. R. Meade Smith fait avaler à des grenouilles de petits morceaux de muscles frais de grenouille (composition centésimale : eau, 78,24 0/0; substances organiques, 20,83 0/0). Chez les grenouilles intactes la digestion de 200 milligrammes de muscle est complète au bout de 48 heures. Après ligature du pylore la liquéfaction de la substance musculaire demande plus de temps, 3 à 4 fois 24 heures pour 200 milligrammes de viande, 4 à 5 jours au moins pour des quantités plus fortes (500 à 1,000 milligrammes). Les résultats des expériences prouvent que l'estomac est capable de résorber les produits de la digestion des albuminoïdes, mais que cette résorption se fait plus lentement que pour le sucre. La surface stomacale est en même temps également le siège d'une transsudation ou sécrétion abondante de liquide. L'absorption stomacale présente assez bien le facies d'un simple phénomène d'endosmose; elle diffère par plusieurs points importants de l'absorption intestinale, qui, elle, ne peut être assimilée à la diffusion physique. Une fois la transformation digestive des aliments accomplie, la surface intestinale résorbe à la fois les produits de la digestion et la

plus grande partie des sucs sécrétés, de sorte qu'on ne retrouve qu'un résidu solide ne contenant que fort peu de liquide. Dans l'estomac, au contraire, on trouve encore des quantités notables de liquide, de longues heures après la résorption complète du sucre ou la digestion des albuminoïdes. L. FREDERICQ.

Die Befruchtung des thierischen Eies (La fécondation de l'œuf dans la série animale), par EBERTH (*Fortschritte der Medicin*, n° 14, 15 *juillet* 1884).

Les recherches d'Eberth ont été faites sur des œufs d'échinodermes : le corps de l'œuf, non encore mûr, possède une grosse vésicule germinative avec un nucléole; elle semble posséder des mouvements qui lui sont propres. Avec les progrès de la maturité, on voit survenir des changements importants : la vésicule devient irrégulière, s'affaisse puis finit par se résoudre; mais auparavant, la tache germinative est sortie de la vésicule et à la place de cette dernière, on trouve plus tard une tache irrégulière, brillante, qui gagne peu à peu la périphérie; c'est à ce niveau que se font la division et la multiplication des éléments cellulaires. On ne sait ce que devient exactement la tache germinative.

Quant à la fécondation proprement dite, voici ce qu'Eberth a pu constater et qui se trouve confirmer les recherches faites dans ces dernières années : un seul spermatozoïde en général pénètre dans l'œuf, car aussitôt après sa pénétration, l'œuf se rétracte et la membrane d'enveloppe s'épaissit; quelques minutes (4 à 5) après l'entrée du spermatozoïde, on aperçoit à la périphérie de l'œuf un petit corps brillant, allongé, entouré d'un espace clair, le corpuscule central, ou tête du spermatozoïde; autour de lui, les granulations du protoplasma se groupent sous forme de rayons, puis pareil fait s'observe autour du noyau de l'œuf; enfin, au bout de 10 à 15 minutes, les deux éléments se sont rapprochés et fusionnés.

Tout ce processus est facile à observer sous le microscope, sans qu'on soit obligé de recourir à un objectif à immersion. W. OETTINGER.

Sur le rôle physiologique du retournement des œufs pendant l'incubation, par DARESTE (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 16 *mars* 1885).

L'immobilité des œufs pendant l'incubation exerce une influence nuisible sur l'embryon, et le fait généralenent périr à une époque plus ou moins éloignée de la mise en incubation. C'est qu'alors l'allantoïde contracte des adhérences avec le jaune, et il en résulte des ruptures qui peuvent déterminer la mort de l'embryon dès la seconde semaine de l'incubation. Si, dans ce cas, l'embryon vit jusqu'au terme de l'incubation, il ne peut éclore, le jaune, qui adhère à l'allantoïde et est retenu par elle, ne pouvant rentrer alors dans la cavité abdominale. Le retournement des œufs prévient ces accidents, en activant les mouvements de l'embryon et les contractions de l'allantoïde, et en empêchant, par conséquent, le contact prolongé des mêmes parties de l'allantoïde et du jaune. M. DUVAL.

Ueber die Contraction der Vagina bei Kaninchen (Sur la contraction du vagin chez le lapin), par **N. W. JASTREBOFF** (*Archiv f. Anatomie und Physiologie Physiologische Abtheilung*, p. 90 *et* 167, 1884).

Jastreboff a étudié sous la direction de Kronecker, au moyen de la méthode graphique, les mouvements du vagin chez la lapine. Une poche à parois dépressibles, remplie d'eau et reliée à un tambour à levier est introduite dans le vagin. La plume du tambour de Marey inscrit les contractions sur le cylindre de l'appareil enregistreur.

Le vagin exécute constamment chez l'animal normal des contractions spontanées et rythmiques. Les contractions sont généralement progressives et descendantes. Cependant la progression de la contraction n'est pas continue (péristaltique), mais se fait par segments. Le vagin se divise suivant sa longueur en 3 à 9 segments qui se contractent l'un après l'autre. La fréquence de ces contractions ne paraît en rapport, ni avec l'âge, ni avec les fonctions sexuelles du sujet. Leur intensité, au contraire, augmente avec l'âge et surtout avec le développement sexuel du vagin : contractions énergiques chez les lapines ayant déjà eu des petits, très énergiques pendant la gestation.

Une légère élévation de la température du sujet développe un certain degré de tonus de l'organe et renforce les contractions. Quand la température rectale dépasse 40° C., les contractions deviennent généralement faibles et irrégulières ou disparaissent complètement.

Un abaissement de la température jusqu'à 37° renforce les contractions; un abaissement plus énergique rend d'abord les contractions plus rares, puis au contraire plus fréquentes.

L'auteur décrit les modifications présentées par les contractions vaginales sous l'influence de l'asphyxie, de l'anémie, des excitations mécaniques ou thermiques, et de différentes substances toxiques : curare, chloroforme, éther, morphine.

Les contractions automatiques, rythmiques du vagin persistent après que la moelle épinière tout entière a été détruite, de même qu'après section de tous les filets nerveux sympathiques qui se rendent au petit bassin. Le vagin complètement séparé des parties voisines et même des portions de vagin (moitié postérieure) isolées peuvent continuer à présenter les contractions rythmiques. On doit donc admettre que le vagin comme le cœur contient dans son épaisseur les centres qui président à la coordination de ces mouvements. Le vagin, pas plus que le cœur, ne peut être tétanisé, mais exécute des contractions plus énergiques et plus fréquentes sous l'influence des chocs d'induction.

De même que le cœur, le vagin se trouve influencé dans ses contractions par l'action du système nerveux central. Jastreboff distingue un centre d'excitation des contractions vaginales situé dans la moelle lombaire et un centre modérateur situé dans la moelle allongée; à l'appui de cette manière de voir, il cite les expériences suivantes :

Si, chez un lapin à système nerveux central intact, on tétanise les bouts centraux des sciatiques coupés en travers, on constate que les contractions du vagin deviennent moins fréquentes, mais plus énergiques. L'expérience réussit encore lorsque l'on sépare la protubérance de la moelle allongée; par contre le réflexe ne se produit plus si l'on sec-

tionne la moelle en travers, au niveau de la première vertèbre lombaire ou si l'on détruit la moelle lombaire.

Une tétanisation prolongée de la moelle allongée rend les contractions plus nombreuses et plus énergiques et augmente le tonus du vagin, produit par conséquent les mêmes effets que l'asphyxie. Mais si la moelle lombaire a été divisée au préalable, l'excitation précédente allonge au contraire les pauses. La tétanisation d'une surface de section de la moelle lombaire pendant une pause augmente considérablement la durée de celle-ci; puis survient une contraction plus forte. Mais si l'on n'irrite que le segment postérieur de la moelle coupée, les contractions deviennent plus fortes et plus fréquentes. L'excitation du bout supérieur de la moelle a pour effet d'allonger la durée des pauses entre les contractions rythmées. LÉON FREDERICQ.

CHIMIE MÉDICALE.

Ueber den Pepsingehalt des Magensaftes bei normalen und pathologischen Zustaenden (Du contenu en pepsine du suc gastrique à l'état normal et pathologique), par E. SCHÜTZ (*Prag. Zeitschr. f. Heilk.*, *Bd. V*, *Heft VI*, *p.* 401).

Le suc gastrique recueilli par la sonde chez les individus sains à l'état de jeûne renferme toujours de la pepsine; chez le même individu la proportion de pepsine ne varie guère, tandis qu'elle varie de 0, 4 à 1, 2 d'une personne à l'autre.

Les maladies primitives de l'estomac, lorsqu'elles sont graves ou de longue durée, diminuent et quelquefois réduisent à zéro le contenu du suc gastrique en pepsine. La dypepsie nerveuse ne l'influence pas d'une manière sensible. Lorsque la pepsine est en quantité normale ou à peu près normale, le suc gastrique a une réaction fortement acide; lorsqu'au contraire elle est en petite quantité, le suc gastrique est neutre, alcalin, ou faiblement acide. L. D.-B.

Untersuchungen über die durch Magensaft unlöslich bleibenden stickstoffhaltigen Substanzen der Nährprung und Futtermittel (Recherches sur les substances azotées des nourritures et des moyens d'alimentation), par STUTZER, de Bonn (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *Band IX*, *p.* 211, 1885).

On trouve dans les végétaux des combinaisons neutres solubles dans l'eau et dans l'hydrate de cuivre constituées par des corps amidés dont l'asparagine est le principal type, puis un second groupe comprenant les éléments albuminoïdes qui se digèrent dans l'estomac des animaux par l'action de la pepsine chlorhydrique, et se distinguent des acides amidés par leur insolubilité dans l'hydrate de cuivre. Il existe enfin un troisième groupe d'aliments insolubles dans l'eau, la pepsine chlorhydrique et qu'on peut désigner sous le nom d'aliments difficilement solubles, tels que la

nucléine. Ce sont ces dernières substances que l'auteur s'est proposé d'étudier.

Il prit pour sujet d'expérience des noix de coco dont l'huile avait été enlevée par la pression .Elles sont insolubles dans le suc gastrique acide et dans le suc pancréatique. Il arriva à conclure qu'après l'action du suc gastrique, le suc pancréatique n'a également aucune influence. E. H.

Untersuchungen über die Amidosäuren welche bei der Zersetzung der Eiveisstoffe durch Salzäure und durch Barytwasser entstehen (Recherches sur les acides amidés qui prennent naissance par la décomposition de corps albuminoïdes par l'acide chlorhydrique et par l'eau de baryte), par SCHULTZE (*Zeitschrift fur physiologische Chemie, Band IX, p.* 63, 1885).

Ce sujet a déjà été l'objet des recherches de Hlasiwetz et Habermann et de Schutzenberger. Les deux premiers ont employé l'acide chlorhydrique et le chlorure de zinc, le second l'eau de baryte. Nous n'entrerons pas dans le détail des nombreuses expériences relatées dans ce mémoire, nous donnerons seulement le résumé des résultats obtenus :

Les résultats obtenus par Schultze s'accordent avec ceux de Ritthausen, Hlasiwetz et Habermann pour la décomposition des substances albuminoïdes par les acides minéraux, acide sulfurique étendu et acide chlorhydrique. Il obtint comme eux les acides aspartique, glutanique, la leucine et la tyrosine et en plus l'acide phénylamidopropionique.

Il a constaté aussi l'exactitude des travaux de Schutzenberger qui a regardé le corps qu'il a décrit sous le nom de tyrole comme un dérivé de l'acide amidovalérianique et d'un corps hypothétique de la formule $C^9H^{11}AzO^2$. Ce dernier corps pour Schultze doit être l'acide phenolamido propionique.

Il existe cette différence entre les dérivés obtenus avec l'acide chlorhydrique de ceux provenant de l'emploi de l'hydrate de baryte que les premiers sont optiquement actifs et les seconds inactifs. E. H.

Ueber die Bestimmung der Kuh-Caseins durch Fallung mit schwefelsäure (Sur la détermination de la caséine de la vache et sa précipitation par l'acide sulfurique, par Joh. FRENZEL et Th. WEYL (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band IX, p.* 246, 1885).

Dans un vase de 150 centimètres cubes on verse 60 centimètres cubes d'eau distillée. On y fait tomber 10 centimètres cubes de lait bien agité et mesuré avec une pipette. On agite et on fait tomber en agitant 30 centimètres cubes d'acide sulfurique à 1 0/0 et on laisse reposer pendant quelques heures. On recueille le précipité sur un filtre pesé et on lave 2 fois avec de l'eau, puis 2 fois avec de l'acool, puis avec de l'alcool absolu, puis on lave le filtre avec de l'éther. On sèche et on pèse et on brûle en ajoutant de l'oxyde de fer chauffé au rouge.

Cette méthode est plus exacte et plus rapide que le procédé ordinaire de dosage de la caséine.

L'auteur a remarqué que le lait étendu de 20 fois son volume d'eau laisse précipiter plus de caséine, quand il n'est étendu que de 8 fois son volume d'eau.

Il a constaté également qu'à quantité équivalente d'acide acétique et

d'acide sulfurique, ce dernier, employé en grande quantité, dissout plus de caséine que le premier.

L'auteur fait encore remarquer que pour être soumis à l'analyse le lait doit être étendu de 4 fois son volume d'eau, et que l'emploi de l'acide carbonique est inutile. E. H.

Untersuchungen über den Blutfarbstoff, par M. NENCKI et N. SIEBER (*Berichte des deutschen chemischen Gesellschaft, XVIII, p.* 392, 1885).

La combinaison d'hémine et d'amylalcool que ces auteurs ont autrefois fait connaître a pour formule $(C^{32}H^{31}Cl.Az^{4}FeO^{3})^{4}C^{5}H^{12}O$. Desséchée à 130°, elle perd complètement son alcool, mais il ne se dégage pas de chlore, en sorte que les cristaux n'éprouvent aucun changement, mais ils restent très hygroscopiques et ont pour formule $C^{32}H^{31}Cl.Az^{4}FeO^{3}$. Lorsqu'on les dissout dans une solution de soude jusqu'à la disparition du chlore il reste de l'hématine pure correspondant à la formule $C^{32}H^{32}Az^{4}FeO^{4}$.

L'hémine se dissout dans 100 parties d'acide acétique bouillant, et cristallise mal par le refroidissement. Bouillie pendant longtemps dans un appareil à reflux avec de l'acide acétique anhydre, elle se transforme en une combinaison acétylée qui peut être obtenue cristallisée. Il se forme en même temps une matière protéique cristallisée. Les auteurs continuent ces recherches.

Les cristaux d'hémine forment facilement des combinaisons doubles. Les auteurs en ont profité pour déterminer si véritablement l'hémoglobine parfaitement pure contient du chlore. D'après Hüfner l'hémoglobine a pour formule $C^{136}H^{1025}Az^{164}FeS^{3}O^{189}$. Si l'hémoglobine est une combinaison d'hémine avec l'albumine elle doit avoir la formule

$$C^{32}H^{31}ClAz^{4}FeO^{3}+C^{694}H^{694}Az^{610}S^{3}O^{186} ;$$

cette molécule contiendrait 0,26 0/0 de chlore. Ils ont reconnu que l'hémoglobine préparée parfaitement pure ne contenait pas de chlore. Pendant ces recherches ils traitèrent l'hémoglobine sèche par de l'acide nitrique et firent bouillir tant qu'il se dégagea des vapeurs rutilantes, et ils obtinrent de l'acide paranitro-benzoïque comme produit de l'oxydation de la matière albuminoïde qui accompagne l'hémine.

L'hémoglobine pure ne contient pas de phosphore. En traitant les cristaux d'hémoglobine exempts de chlore et lavés longtemps avec 5 fois leur volume d'alcool à 93, ils obtinrent une masse qui après être restée pendant 16 heures à la température de 8° se prit en cristaux de forme rhombique. Ils ont donné à cette substance le nom de para-hémoglobine.

Ces substances ont la même composition et sont isomères. E. H.

Reaction des Blutes Cholerakranker (Réaction du sang des cholériques), par CANTANI (*Centralbl. f. die med. Wiss. novembre* 1884).

Manfredi a recherché, à l'instigation de Cantani, la réaction du sang chez les cholériques; il a constaté que son alcalinité diminue rapidement dans la période asphyxique, que le sang devient neutre, et même acide peu avant la mort. Il faut tenir compte de ce fait dans la médication hypodermique. L. D.-B.

Levulose im diabetischen Harn (Lévulose dans une urine diabétique), par SEEGEN (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, 25 *octobre* 1884).

Sur plus de 1000 cas de diabète sucré, Seegen n'a observé qu'une fois la lévulose dans l'urine. Il s'agit d'une femme de 46 ans, atteinte de diabète intermittent, sans manifestations générales graves.

L'urine ne renfermait que de la lévulose, dont le pouvoir rotateur put être évalué de — 93° à — 96°.

La proportion de lévulose excrétée varia avec le régime ; elle s'accrut avec l'alimentation amylacée et se réduisit au minimum lorsqu'on supprima les amylacés ; ce qui conduit à admettre que la lévulose se forme aux dépens des composés de cet ordre. L. D.-B.

I. — Beiträge zur quantitativen Bestimmung des Stickstoffes im Harn (Contributions à la détermination quantitative de l'azote dans l'urine), par Karl BOHLAND (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXV, p.* 199).

II. — Ueber eine einfache Methode zur Bestimmung des Stickstoffes im Harn (Sur une méthode simple de détermination de l'azote de l'urine), par E. PFLÜGER et K. BOHLAND (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXV, p.* 454).

I. — Bohland a fait au laboratoire de physiologie de Bonn un grand nombre de dosages d'azote des urines du chien et de l'homme, au moyen des méthodes de Dumas et de Will-Varrentrap. Il a comparé les résultats obtenus avec ceux fournis par le titrage de l'urée par le nitrate de mercure au moyen du procédé de Liebig, modifié par Pflüger. Le titrage au moyen du procédé Liebig-Pflüger lui a constamment fourni un chiffre d'azote trop élevé. L'erreur est peu considérable s'il s'agit d'animaux nourris exclusivement de viande depuis quelque temps. Dans tous les autres cas, et notamment chez l'homme prenant une alimentation mixte, les différences sont considérables. L'erreur dépasse ordinairement 7 0/0 et peut atteindre 10 et 11 0/0. Bohland en conclut qu'il n'est plus permis aux physiologistes qui font des expériences sur les échanges nutritifs de déterminer l'azote des urines par un titrage d'urée au moyen du nitrate de mercure. L'azote doit être déterminé par une méthode directe.

L. F.

II. — Pflüger et Bohland appliquent à l'urine le procédé de dosage de l'azote préconisé par Kjeldahl. (Voir *Zeitschrift für analytische Chemie*, Bd. XXXII, p. 366-382.) Ils suppriment le traitement au permanganate.

Voici comment ils proposent d'opérer : 5 centimètres cubes d'urine de concentration moyenne sont mesurés et versés au moyen d'une burette, dans un matras d'environ 300 centimètres cubes de capacité, additionnés de 10 centimètres cubes d'acide sulfurique anglais et de 10 centimètres cubes d'acide sulfurique fumant. Le matras placé sur un carré de toile métallique est échauffé au moyen d'un grand brûleur de Bunsen, jusqu'à évaporation de l'eau et départ des gaz. Le liquide, qui était noir au début, prend une teinte brune : on diminue la flamme à ce moment. Le liquide finit par devenir jaune clair. L'opération dure de 25 à 30 minutes jusqu'à ce point.

On éloigne la flamme, on laisse refroidir, on dilue avec de l'eau de manière à atteindre environ 200 centimètres cubes, on laisse de nouveau

refroidir, puis on porte ce mélange dans un matras d'environ 3/4 de litre de capacité. On ajoute 80 centimètres cubes de lessive de soude (poids spécifique 1.3), on bouche rapidement et l'on distille. Les produits de la distillation arrivent dans un matras d'environ 400 centimètres cubes de capacité et contenant une quantité mesurée d'acide sulfurique titré. On prend les précautions voulues pour que l'ammoniaque soit complètement absorbé par l'acide sulfurique (faire déboucher le tube qui amène les vapeurs près de la surface de l'acide; faire passer au besoin ces vapeurs successivement à travers deux matras à acide). Quand l'opération est terminée, on titre l'acide sulfurique qui a absorbé l'ammoniaque, au moyen d'une lessive de soude à titre équivalent.

Toute l'analyse peut être exécutée en une heure. L. F.

Sur les urines pathologiques, par A. VILLIERS (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 11 *mai* 1885).

Les urines normales, émises en bonne santé, ne contiennent pas d'alcaloïdes; mais il peut en apparaître dans les indispositions légères et dans le cas de lésions plus ou moins anciennes et persistantes qui passent inaperçues par suite de l'habitude. Si donc on fait des recherches dans une grande quantité d'urines mélangées, considérées comme normales, il est possible qu'on rencontre des traces d'alcaloïdes; telles seraient les conditions qui ont amené quelques expérimentateurs à conclure à l'existence d'alcaloïdes dans les urines normales. M. D.

Ueber Hydroxybuttersaüre aus diabetischen Harn (**Sur l'acide β Hydroxybutyrique de l'urine diabétique**), **par A. DEICHEMULLER et B. TOLLENS** (*Annalen der Chemie*, *Bd.* 228, *p.* 92),

Dans ces derniers temps on a signalé, dans l'urine diabétique la présence de l'acide acétylacétique et de l'acide β hydroxybutyrique désigné quelquefois sous le nom de β — oxybutyrique.

Les auteurs ont constaté dans une urine diabétique la présence de ce dernier acide et confirmé ainsi l'exactitude de ce fait, qui avait été reconnu par Külz et Minkowsky.

Une grande quantité d'urine contenant 6 0/0 de sucre et une forte réaction d'acide acétique, fut évaporée sans neutralisation. Le sirop fut épuisé par l'alcool chaud et le résidu de l'alcool évaporé repris par l'éther.

L'éther laissa déposer des aiguilles microscopiques en quantité trop faible pour être recueillies.

Le sirop brun fut saturé par du carbonate de soude. La solution abandonnée sur l'acide sulfurique laissa déposer des cristaux qu'on sépara par la pression des eaux mères brunes et que l'on fit recristalliser.

En chauffant ces cristaux avec de l'acide sulfurique et du chromate de potasse, il passa un liquide qui donnait les réactions de l'iodoforme avec la soude et l'iode, avec la teinture d'iode et l'ammoniaque (Le Noble) et avec le nitroprussiate de soude et la soude (Liégal) une faible réaction.

De ces faits l'auteur conclut qu'il avait obtenu l'acide hydroxybutyrique.

Minkowsky a transformé l'acide β — hydro-oxybutyrique en acide

crotonique. L'auteur répèta avec succès la même transformation avec l'acide qu'il avait obtenu.

Les formules suivantes montrent les rapports de ces acides avec l'acide acétylacétique.

I	II	III
CH^3	CH^3	CH^3
CO	CHOH	CH
CH^3	CH^3	CH^3
COOH	COOH	COOH
ac. acétylacétique ou β oxybutyrique	ac. β hydroxybutyrique	ac. crotonique

E. HARDY.

Zur Bestimmung des Chlors im menschlichen Harn (Sur le dosage du chlore dans l'urine humaine), par **ZUELZER** (*Berichte der deutschen chem. Gesellschaft, XVIII, p.* 320, 1885).

Le chlore ne peut être dosé exactement dans l'urine par la méthode de Mohr, parce que l'acide urique, les matières colorantes sont précipitées avec le chlore par le nitrate d'argent. On tourne cette difficulté de la manière suivante : On acidule avec de l'acide nitrique 10 à 15 cc. d'urine et on précipite le chlore par un excès de nitrate d'argent. On filtre, on dissout le chlorure d'argent dans l'ammoniaque. On ajoute du sulfure d'ammonium qui enlève l'argent, et puis du nitrate de cadmium qui précipite le soufre. On acidule par l'acide azotique et on neutralise par le carbonate de chaux.

Dans le liquide filtré on dose le chlore par la méthode de Mohr. Ce procédé ne demande pas plus d'une demi-heure. E. H.

Ueber das Vorkommen der Phenacetursaüre im Pferdeharn (Sur la présence de l'acide phénaciturique dans l'urine du cheval), par **E. SALKOWSKI** (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, XVII, p.* 3010, 1885).

L'urine des chevaux contient, outre l'acide hippurique, l'acide phénylacéturique qui a été découvert par E. Salkowski, dans l'urine excrétée après une alimentation contenant de l'acide phénylacétique.

L'acide phénylacéturique se trouve dans les eaux mères d'où s'est déposé l'acide hippurique, après la précipitation par l'acide chlorhydrique de l'urine de cheval concentrée par l'évaporation. Cinq litres d'urine furent réduits à un demi-litre par évaporation au bain-marie, et l'acide hippurique fut précipité par l'acide chlorhydrique, puis le liquide restant agité avec de l'éther qui enlève encore un peu d'acide hippurique. La solution est saturée avec du carbonate de soude. L'acide phénylacéturique passe à l'état de sel de soude ; on agite alors avec de l'éther pour enlever les matières étrangères, puis on acidulé et on agite de nouveau avec l'éther qui enlève l'acide phénylacéturique. On le soumet ensuite à des purifications successives, et on l'obtient en cristaux caractéristiques. E. H.

Caractères de l'urine après l'usage de la kairine, par PETRI (*Journal de Pharmacie, tome XI,* 5e *série, et Arch. de Pharm.*, 1885).

Après l'usage de la kairine l'urine renferme un éther sulfurique qui

donne la réaction suivante : au liquide acidulé par l'acide acétique on ajoute goutte à goutte une solution de chlorure de chaux à 10 0/0 au plus et on agite. Une belle couleur rouge fuchsine se développe qui persiste pendant un demi-heure, puis s'efface peu à peu. E. H.

Des urines rosaciques, par VERNEUIL (*Congrès franç. de chir. Semaine méd.*, 15 *avril* 1885).

1° L'urine présente quelquefois chez les blessés et les opérés un dépôt rose, adhérent au vase, reconnaissable à la simple vue, sans secours des réactifs et constitué par une matière particulière, l'acide rosacique;

2° Ce phénomène coïncide généralement avec l'oligurie et la concentration des urines. Il est précoce et se montre peu après le traumatisme ; il est passager, dure de un à trois jours et reparaît rarement pendant la cure ;

3° Il peut apparaître après tous les genres de blessures et chez tous les sujets. L'examen minutieux des antécédents, la coïncidence avec d'autres symptômes, les résultats nécroscopiques montrent qu'il est sous la dépendance des lésions diverses du foie, amylose, cirrhose, etc.;

4° Les altérations hépatiques causées par l'alcool semblent avoir plus que toutes les autres le privilège de provoquer les dépôts urinaires rosés sous l'influence excitatrice du traumatisme ;

5° Les urines rosaciques ont donc une valeur sémiotique, car elles annoncent l'état morbide d'un viscère important ;

6° La valeur pronostique n'est pas moins importante, car les blessés à urines rosaciques sont exposés à des hémorragies secondaires et à la gangrène ;

7° Pour prévenir ces complications, il faut assurer l'hémostase et l'antisepsie et agir par un traitement médical sur l'affection première. A. C.

Examen des urines dans les maladies chirurgicales du ventre, par THIRIAR (*Congrès français de chir. Semaine médic.*, 15 *avril* 1885).

L'analyse des urines peut donner dans la pratique de la chirurgie abdominale des indications importantes.

Avant l'opération, la détermination quotidienne de l'urée peut éclairer le diagnostic. Dans les tumeurs de mauvaise nature, le chiffre de l'urée quotidien descend graduellement et tombe au-dessous de 12 grammes. La mensuration doit être faite sur les urines des 24 heures et pendant plusieurs jours consécutifs. Ces résultats ne sont pas applicables aux malades albuminuriques ou tuberculeux. De plus, on doit tenir compte de la nature de l'alimentation.

Après l'opération, l'abaissement du chiffre des chlorures indique que l'inflammation dépasse les limites voulues. Quand le chiffre s'abaisse au-dessous de 1 gramme pour les 24 heures, il y a danger ; le malade est menacé de septicémie péritonéale. (*R. S.M.*, XIX, 433, XXV, 436).

A. C.

Urée et cancer, par KIRMISSON (*Congrès français de chir. Semaine méd.*, 15 *avril* 1885).

L'auteur combat les conclusions que Rommelaere (XIX, 433) a essayé

de tirer de ses analyses d'urée. Les variations du taux quotidien de l'urée ne constituent qu'un élément approximatif pour le diagnostic et les indications pronostiques. Les variations peuvent exister en sens tout à fait opposé aux données fournies par les médecins belges.

Kirmisson a dosé l'urée de 24 heures chez 24 malades atteints de cancer. 19 de ces malades ont présenté une quantité inférieure à 12 grammes (11, 10, 8, 4, une fois 1 gr. 35); cinq ont eu un chiffre supérieur (14, 17, 19, 20 gr.).

Dans les tumeurs bénignes, le chiffre de l'urée doit rester normal, d'après Rommelaere. K. a trouvé chez des malades atteints de lipomes, chez des femmes avec fibromes utérins (8^{gr},70, 10^{gr},30, 13 gr.).

On ne peut donc tirer de ces analyses des conclusions rigoureuses.

A. C.

Zur Kenntniss der Eiweissfäulniss : 1° Ueber die Bildung des Indols und Skatols nach gemeinschaftlich mit H. Salkowski in Münster angestellten Versuchen (Sur la connaissance de la fermentation de l'albumine ; 1° sur la formation de l'indol et du skatol, d'après les expériences faites par H. SALKOWSKI, à Munster (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. VIII, p.* 17, 1884).

De cette longue étude nous relevons surtout les résultats suivants :

Le scatol et l'indol peuvent se remplacer l'un par l'autre. Une molécule d'albumine ne contient pas une partie déterminée comme scatol, une partie comme indol ; mais les deux proviennent d'une substance qui préexiste dans la molécule d'albumine et qui fournit l'indol et le scatol, quoique le scatol libre puisse quelquefois manquer.

La séparation du groupe de l'indol de la molécule de l'albumine exige une rupture de la molécule plus grande qu'on ne l'avait admis jusqu'à présent. Il semble de plus que cette rupture ait une grandeur différente suivant l'espèce d'albumine.

Par la fermentation de l'albumine, l'indol ne se trouve pas mis en liberté, il se forme une substance intermédiaire qui se décompose ensuite par l'action des bactéries.

La séparation de l'indol dans les liquides qui ne sont pas soumis à la fermentation paraît dépendre de sa dilution. E. H.

Ueber eine neue Base aus dem Thierkörper (Sur une nouvelle base du corps des animaux), par A. KOSSEL (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, XVIII, p.* 320, 1885).

Par la décomposition de la nucléine avec les acides étendus, Kossel a obtenu des corps qui ne se produisent pas dans la décomposition de l'albumine c'est-à-dire, la xanthine, la guanine et l'hypoxanthine. Comme la nucléine est une partie constituante du corps de tous les animaux il est naturel d'y rencontrer aussi les substances susnommées, ainsi que l'auteur l'a toujours constaté. Dans le cours de ces recherches, il trouva une nouvelle base qui provient vraisemblablement de la décomposition de la nucléine et qui paraît rentrer dans le groupe des combinaisons du cyanogène.

Cette base, pour laquelle il propose le nom d'adénine, fut retirée d'abord

du pancréas d'un bœuf. La méthode de préparation est la même que celle qui sert à isoler quantitativement la xanthine et l'hypoxanthine. La plus grande partie de la base est précipitée avec la guanine par l'ammoniaque et isolée de celle-ci par la cristallisation de son chlorhydrate. Elle est facilement purifiée par la cristallisation de son sulfate, qui est presque insoluble. Le sel pur dissous dans une solution chaude d'ammoniaque cristallise par le refroidissement en longues aiguilles.

Le sulfate a pour formule $(C^5H^5Az^5)^2H^2SO^4 + 2H^2O$.

L'adénine forme des sels cristallisables avec l'acide nitrique et l'acide chlorhydrique et un sel de platine peu soluble et aussi cristallisé. Les solutions d'adénine sont neutres. Cette substance se décompose à une haute température en donnant un sublimé blanc et une forte odeur d'acide cyanhydrique. E. HARDY.

Zur Kenntniss der Fäulnissalkaloide (Étude sur les alcaloïdes de la putréfaction), par L. BRIEGER (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, Bd. XVII, p.* 515, 1884).

Par la fermentation de la viande à la température du corps, l'auteur obtient un corps représenté par la formule $(C^5H^{14}Az^2)$. Bouilli avec de l'hydrate de potasse, ce corps se transforme en triméthylamine; et à cause de ses rapports avec la neurine, il lui donne le nom de neuridine. Ce corps n'est pas toxique. En outre, il se forme une autre base extrêmement vénéneuse. Les premiers symptômes de l'empoisonnement sont un flux de salive considérable qui s'arrête quand on fait une injection d'atropine. Instillée dans l'œil, elle amène le rétrécissement de la pupille, mais cet effet est détruit par l'atropine.

L'auteur, qui avait adopté pour cette base la formule $(C^5H^{11}Az)$, pense maintenant qu'elle doit être regardée comme un oxyhydrotrimethylvinylammonium. La formule brute du sel de platine est $(C^5H^{12}Az)^2PtCl^4$.

E. H.

Neues Verfahren zur Ausmittelung des Strychnins (Nouveau procédé de recherche de la strychnine et de quelques autres alcaloïdes dans les cas d'empoisonnement), par Th. CHANDELON (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band IX, p.* 40).

La méthode de Stas pour la recherche des alcaloïdes exige pour extraire la strychnine des quantités d'éther extrêmement considérables. On n'a pas plus d'avance à se servir de benzine ou d'alcool amylique. On pourrait employer le chloroforme, mais il s'émulsionne quand on l'agite avec la solution aqueuse, et ne peut être séparé. L'auteur a évité cette difficulté en évaporant les solutions contenant la strychnine jusqu'à ce qu'en y ajoutant du plâtre, le tout se prenne en masse solide. On broie cette masse, et on la reprend sans difficulté par le chloroforme, qui dissout la strychnine, et en y ajoutant une solution éthérée d'acide oxalique, on obtient un précipité d'oxalate de strychnine. Ce procédé peut être employé pour rechercher la strychnine dans les cas d'empoisonnement et sert également pour isoler d'autres alcaloïdes. E. H.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Ueber Zählungen der Blutkörperchen nach Blutungen (Numération des globules du sang après les hémorragies), par SIEGEL et MAYDL (*Wien. med. Jahrbücher, Heft III, p.* 407, 1884).

Les numérations de globules ont été faites par Siegel et Maydl dans trois séries différentes : sur des animaux simplement saignés, sur des animaux saignés, puis ayant subi la transfusion d'eau salée, sur des animaux ayant subi, après la saignée, la transfusion du sang.

1er *groupe*. Chez deux chiens privés des 2/3 de la masse sanguine, la diminution des globules est plus marquée et plus persistante que chez deux autres qui perdent la moitié de cette masse : les premiers atteignent un minimum de 3,600,000 et 3,280,000 globules rouges, les autres de 4,711,000 et 4,010,000; ces chiffres sont obtenus chez les uns le 8e jour, chez les autres le 4e jour. Pour les premiers, le chiffre normal a été retrouvé au bout de 30 jours. Les variations du poids du corps sont proportionnelles à celles des globules.

2e *groupe*. On retire à trois chiens la moitié de la masse sanguine, puis on leur injecte une quantité de solution salée à peu près égale au produit de la saignée (300 gr. environ). Les globules descendent au minimum les 5e, 7e et 11e jours pour augmenter ensuite progressivement.

Chez un des chiens, privé d'abord de 300 grammes de sang et transfusé, on a pratiqué le 9e jour une saignée de 200 grammes suivie de transfusion sans entraver le processus de réparation : le chiffre normal des globules s'est retrouvé le 30e jour, c'est-à-dire à la date habituelle.

Les saignées répétées, suivies de transfusions salées, fournissent les mêmes résultats que les saignées simples, de sorte que les auteurs nient les avantages des transfusions salées.

3e *groupe*. La saignée suivie de transfusion de sang défibriné a été pratiquée sur quatre chiens. Dans deux cas, la transfusion a ramené immédiatement les globules au chiffre normal. Dans un cas, bien que la quantité de sang injecté (230 gr.) fût inférieure au produit de la saignée (312 gr.), le nombre des globules n'a pas diminué d'une façon considérable (7,160,000 au lieu de 7,425,000); il faut dire que le sang utilisé pour la transfusion ne contenait que 7,010,000 globules. Dans la quatrième expérience, après restitution d'une quantité de sang égale à la perte subie par l'animal (320 gr.) on a trouvé, au bout de 24 heures, un chiffre de globules supérieur au chiffre normal (8,330,000 au lieu de 7,700,000).

Comparés aux résultats des transfusions d'eau salée, ces chiffres indiquent que la régénération du sang est beaucoup plus rapide sous l'influence de la transfusion sanguine. Elle peut être obtenue de la même façon et avec le même succès chez les animaux qu'on saigne à plusieurs reprises.

Après la transfusion sanguine, les résultats sont persistants : le nombre des globules se maintient définitivement.

La régénération a été également très rapide chez deux chiens qu'on a transfusés, non pas immédiatement, mais trois ou cinq jours après une hémorragie abondante.

Les auteurs recommandent donc la transfusion de sang défibriné.

La diminution du poids du corps est à peu près identique dans les trois séries d'expériences : quel que soit le traitement de l'animal, on voit cette diminution progresser jusqu'au sixième ou huitième jour ; la perte journalière est de 22 gr,6 par kilogramme. Cette déperdition paraît être le résultat de l'inanition, car les animaux saignés (avec ou sans transfusion) restent en général sept jours sans accepter ni nourriture ni boissons. L. GALLIARD.

De l'influence sur l'élasticité des parois vasculaires de l'augmentation de la pression du sang et du rôle de ce facteur dans l'étiologie des anévrismes, par LÉVACHOFF (*Jégénéd. klin. Gazeta*, n. 5, 6, 7 *et* 8, 1884).

L'auteur expérimentait sur des chiens chez lesquels il cherchait à déterminer des modifications courtes, mais très souvent répétées de la pression du sang dans l'aorte. Dans ce but, il comprimait l'aorte abdominale en la pressant avec le doigt contre les parties dures sous-jacentes. La compression digitale s'effectuait (à travers une fistule) durant 3-5 minutes plusieurs fois (4) par jour et ceci pendant trois à six mois. Le résultat était que la partie de l'aorte en amont de la compression — surtout la portion thoracique et la crosse — se dilataient considérablement. Aussi, l'auteur croit que (comme le pense Botkine) l'augmentation de la pression sanguine peut, *à elle seule*, provoquer des anévrismes et principalement dans l'aorte thoracique ascendante et la crosse. W. HOLSTEIN.

Untersuchung über die Vernarbung von Querrissen der Arterien intima und media nach vorheriger Umschnürung (Recherches sur la cicatrisation de la rupture circulaire des tuniques moyenne et interne des artères à la suite de la ligature), par F. Wilh. ZAHN (*Arch. f. path. An. u. Phys. Bd. XCVI, Heft* 1, *p.* 1).

Dans un premier travail (*Arch. f. path. Anat.*, vol. 73, p. 161) Zahn étudiant la même question avait annoncé que le tissu cicatriciel qui se formait dans les parois artérielles à la suite de la ligature provenait du tissu conjonctif limitant les tuniques interne et moyenne. De nouvelles recherches le portent à rejeter cette première hypothèse. Il pense actuellement que le tissu conjonctif de nouvelle formation apparaît au niveau de l'endothélium et que les globules blancs du sang peuvent se transformer en véritables cellules conjonctives.

Pour ses recherches il dénude sur des lapins soit l'artère fémorale soit la carotide, place une ligature avec un fil de soie qu'il enlève au bout d'une minute ou d'une demi-minute seulement. Parfois il place une seconde ligature soit au-dessus soit au-dessous de la première; dans quelques cas il saupoudre la surface externe de l'artère avec du cinabre

(sulfure rouge de mercure). Il referme ensuite la plaie qui guérit par première intention.

En tuant ses animaux à des époques déterminées, il voit évoluer la lésion. Jamais il n'a observé ni caillot ni anévrisme (d'ordinaire la tunique moyenne n'était rompue que dans sa moitié interne).

Les premiers jours dans la dépression annulaire produite par la rupture de l'endothélium il trouve des globules blancs et rouges et des hématoblastes ; l'épithélium n'est reformé qu'au quatrième jour.

Les modifications subies par la tunique moyenne rompue sont de peu d'importance : augmentation de nombre des cellules, augmentation de volume des faisceaux musculaires.

Dans la tunique adventice, hyperémie et production de petites cellules rondes qui deviendraient fusiformes. Les grains de cinabre semblent pénétrer dans cette tunique et arrivent jusqu'au contact de la tunique moyenne.

En somme la cicatrisation se fait surtout par l'endothélium. Les cellules prolifèrent et se répandent sur la surface altérée. D'abord presque sphériques, elles s'aplatissent, puis s'allongent, leur grand axe se mettant dans la direction même du vaisseau. Le tissu cicatriciel se forme au-dessous d'elles sans doute aux dépens des globules blancs du sang.

P. GALLOIS.

Experimental researches on cicatrization in bloodvessels after ligature, par N. SENN (*Trans. of the Americ. surg. Assoc. II, p.* 247).

Dans ce volumineux mémoire, l'auteur reprend toute l'histoire de la ligature au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Il fait de nombreuses expériences pour contrôler les faits acquis et déterminer les conditions de la stase sanguine et de la cicatrisation dans les vaisseaux liés dans le cours des opérations. Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° Toute opération portant sur les vaisseaux doit être faite avec les précautions antiseptiques ;

2° La ligature aseptique au catgut est celle qui donne le plus de sécurité pour l'occlusion des vaisseaux ;

3° Le caillot qui se forme après la ligature ne joue aucun rôle actif dans l'oblitération du vaisseau ;

4° La cicatrisation définitive est due à la prolifération du tissu connectif et de l'endothélium ;

5° L'oblitération permanente, dans les artères, est produite du 4° au 7° jour, dans les veines du 3° au 4° jour ;

6° La ligature double aseptique doit être préférée à une ligature unique pour les grosses artères liées au voisinage d'une collatérale et doit toujours être employée pour la ligature des veines variqueuses.

A. C.

Sur la transplantation des muscles et sur la régénération des fibres musculaires, par SALVIA (*Riv. clin. e terapeut., nov. et décembre* 1884).

Des expériences de l'auteur, il résulte que :

1° Il est possible de produire la transplantation d'un fragment du tissu

musculaire d'un animal entre les fibres sectionnées d'un autre, quand même les deux animaux appartiendraient à deux espèces différentes;

2° Le fragment de muscle transplanté peut se réunir complètement au muscle sur lequel il se greffe, par première intention, sans susciter d'inflammation suppurative ou de nature spécifique. Pour que ce fait se produise, il faut que le fragment de muscle transplanté comble entièrement le vide formé par la rétraction des bouts du muscle excisé et que l'opération s'accomplisse dans les règles antiseptiques les plus rigoureuses;

3° La réunion entre les fibres transplantées et celles de l'animal sur lequel on a exécuté la greffe se produit au moyen de la néoformation de jeunes fibres musculaires qui se fusionnent ensuite par continuation immédiate avec les fibres greffées et avec celles de l'animal, sans qu'il reste plus tard aucune trace de séparation;

4° Les fibres musculaires greffées perdent graduellement leurs caractères anatomiques propres et prennent ceux des fibres de l'animal sur lequel elles vivent; de sorte que, après un certain temps, l'examen microscopique le plus attentif ne permet plus de révéler entre elles aucune différence;

5° La fonction du muscle, après la greffe, se rétablit parfaitement et dans un temps relativement court, sans la plus légère tendance à la faiblesse ou à la torpeur.

BAZILE FÉRIS.

Ueber das Verhalten von Infectionsstoffen gegen über den Verdauungssäften (Réaction des matières infectieuses sur les sucs digestifs), par E. FRANK (*Deutsche med. Woch.*, n° 20, 1884).

Les sécrétions gastriques peuvent-elles détruire l'élément infectieux de la tuberculose et du charbon? L'auteur s'était déjà proposé de résoudre cette question avant la publication du mémoire de Falk (*R. S. M.*, XXV, p. 65).

Il prend de l'eau dans laquelle ont macéré pendant 24 heures des fragments de poumon tuberculeux et qui contient des bacilles en grand nombre; il y ajoute soit 1/1,000 de pepsine seule, soit 1/2,000 de pepsine avec 0,1 0/0 d'acide chlorhydrique, soit 0,1 0/0 d'acide chlorhydrique seul, soit enfin 0,3 0/0 de bile de bœuf. Ces quatre différentes préparations sont injectées au bout de 6 heures dans la cavité péritonéale de lapins et de cobayes; tous les animaux meurent tuberculeux au bout de six semaines, à moins qu'ils ne succombent à des affections intercurrentes. La matière tuberculeuse a donc conservé ses propriétés virulentes. Elle les conserve encore en présence de 0,298 0/0 d'acide chlorhydrique.

Mêmes expériences avec de l'eau infectée par le sang d'animaux charbonneux. En y ajoutant 1/1,000 de pepsine, ce liquide tue les lapins en 24 heures; en y ajoutant 0,3 0/0 de bile, la mort n'arrive qu'après 2 à 4 jours. Si l'on met au contraire soit 0,298 0/0 d'acide chlorhydrique seul ou mélangé à 1/1,000 de pepsine, le liquide devient impropre à communiquer l'infection charbonneuse.

C'est donc l'acide chlorhydrique qui détruit le virus du charbon, tandis qu'à la même dose il n'exerçait aucune influence sur le poison de la tuberculose.

Le liquide charbonneux contenant seulement 0,12 0/0 d'acide chlorhydrique est virulent pendant plus d'une heure; mais au bout de six heures il a perdu ses propriétés. On doit le considérer comme dangereux pendant toute la durée de la digestion gastrique.

En tenant compte des proportions physiologiques de l'acide chlorhydrique, on peut dire que le suc gastrique n'a pas d'action désinfectante sérieuse sur les microbes de la tuberculose et du charbon.

L. GALLIARD.

De la septicémie gangréneuse, par CHAUVEAU (*Bullet. de l'Ac. de méd., 2e série, tome XIII, n° 34*).

L'auteur revient sur une note rédigée précédemment par lui sur ce sujet, en collaboration avec M. Arloing, pour répondre à quelques objections qui lui ont été faites. Il répète que pour lui l'agent de la septicémie gangréneuse n'est autre que le *vibrion septique* de Pasteur. Ce vibrion est le type le plus complet de microbe anaérobie; d'où la nécessité de le cultiver à l'abri de l'air. On a reproché à M. Chauveau de ne pas tenir compte de la nature des liquides qui servent de véhicule. C'est une erreur, ainsi que le prouve l'expérience suivante. Que l'on prenne sur un âne ou un mouton, morts à la suite d'une injection intra-vasculaire de virus de septicémie gangréneuse, une goutte de sérosité péricardique ou pleurale, et qu'on l'inocule sous la peau d'un cobaye! Celui-ci prend presque infailliblement une septicémie gangréneuse mortelle. Mais si la même sérosité est préalablement débarrassée, par filtration, des parties corpusculaires, éléments cellulaires et microbes, elle peut être inoculée impunément à la même dose.

C'est dans la veine-porte d'animaux morts depuis un certain temps, qu'il convient d'aller chercher le sang qui contient le germe du vibrion septique. Les ravages exercés par ce sang quand on l'introduit sous la peau d'un animal, ravages signalés par M. Signol et M. Pasteur, sont précisément les mêmes que l'on observe à la suite de l'inoculation sous-cutanée des sérosités infectieuses recueillies sur l'homme atteint de gangrène foudroyante. D'autre part, entre les formes microbiennes observées chez les animaux et celles de l'homme, il n'y a aucune différence. L'identité de nature ne saurait donc être mise en doute.

Le fait que le vibrion septique appartient à la classe des microbes anaérobies explique pourquoi il ne s'inocule pas à la lancette par piqûre sous-épidermique, mais bien par piqûre *sous-cutanée :* l'inoculation sous-épidermique, en effet, en rapprochant de l'air atmosphérique ces microbes, les place dans des conditions très défavorables à l'entretien de leur vitalité. A plus forte raison doit-on invoquer cette cause pour expliquer l'innocuité des applications de virus à la surface de plaies vives ou bourgeonnantes qu'on laisse complètement découvertes. Cependant, il se peut qu'une plaie de ce genre présente quelque recoin à l'abri de l'air où le germe septique trouve un admirable terrain de culture.

C'est aussi parce que le sang contient de l'oxygène que ce liquide n'est pas virulent, *pendant la vie*, chez les sujets gangréneux. On s'explique de même l'innocuité relative de l'injection du virus dans les veines, et les doses considérables que l'on est obligé d'employer, même pour tuer

de petits animaux. Enfin, l'action de l'air ne serait pas étrangère à l'inactivité des sérosités filtrées.

Quant à la prophylaxie, l'immùnité s'obtient par l'injection intraveineuse du virus. Ce serait là une méthode sûre, dont l'auteur est à même de démontrer surabondamment l'efficacité. (*R. S. M.*, XXIV, 424).

GASTON DECAISNE.

Microbes de la gangrène gazeuse, par CHARRIN (*Soc. anat. de Paris*, 30 *mai* 1884).

Les expériences ont été faites avec de la sérosité sanguinolente desséchée d'un âne mort de gangrène gazeuse. L'auteur insiste, dans cette note, sur les variétés de formes de ce micro-organisme, suivant les phases de son évolution.

Plus on se rapproche du point d'inoculation, plus les bactéries abondent dans les muscles, non dans les fibres elles-mêmes, mais dans le tissu cellulaire environnant. Ce sont des bâtonnets à peu près semblables les uns aux autres, mesurant de 5 à 7 μ sur 1 à 1/2 μ de long.

Si, au contraire, on recherche les microbes dans l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, on voit les formes varier considérablement. On trouve des bâtonnets différents et comme longueur et comme épaisseur, surtout comme longueur; quelques-uns présentent à leurs extrémités, à l'une de leurs extrémités, une spore soit arrondie, soit ovoïde. Au milieu des bacilles, on retrouve des éléments sphériques et arrondis qui sont, sans aucun doute, les spores détachées des bacilles. Enfin, c'est dans la sérosité des séreuses, du péritoine en particulier, que l'on voit les bacilles atteindre leur plus grande longueur, longueur telle que quelques-uns mesurent 40 à 60 μ. Or, qu'on inocule la sérosité du péritoine, qu'on inocule un fragment de muscle, qu'on inocule quelques gouttes de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, on reproduira toujours la même maladie.

A. C.

Pathogénie de la suppuration, par SOCIN et GARI (de Bâle) (*Congrès français de chir. Semaine méd.*, 8 *avril* 1885).

De concert avec son assistant, Gari, Socin a contrôlé les faits avancés par Krauss et Rosenbach (*R. S. M.*, XXIV, 429, 430). Ils ont reconnu le microbe pyogène en grappe jaune et blanc dans le pus de l'ostéomyélite; ils l'ont trouvé également dans le sang. Toutes leurs expériences pour reproduire l'ostéomyélite par inoculation n'ont réussi qu'autant qu'on pratiquait en même temps une lésion traumatique des os.

Les mêmes microbes ont été rencontrés dans des abcès, des panaris. Sur 76 cas, le staphylococcus seul, et à l'exclusion de tout autre parasite, se trouva 68 fois. Dans les 8 autres cas, qui étaient tous des phlegmons ou empyèmes graves, les micrococcus en grappe se trouvèrent deux fois simultanément avec le streptococcus; six fois, ce dernier existait seul.

D'après ces observations, l'ostéomyélite n'aurait pas d'agent spécifique: elle serait due aux mêmes agents qui produisent le furoncle, l'abcès. Pour prouver cette assertion, M. Gari s'est soumis à une expérience héroïque. Il s'inocula, dans trois petites places faites au bord de l'ongle, une petite quantité de microbes d'une culture artificielle provenant du

sang d'un malade atteint d'ostéomyélite. En 24 heures, il se développa un abcès sous-épidermoïdal, dont le pus donna par culture le même microbe jaune.

Dans une deuxième expérience, M. Gari s'inocula par une onction sur le bras tout un tube de culture. Dès le soir, il y avait formation de pustules furonculeuses qui aboutirent, malgré l'intervention, à un énorme anthrax. Et le pus de ces pustules, de cet anthrax, donnait toujours par cultures le même microbe jaune. A. C.

Passage des microbes pathogènes de la mère au fœtus. Note par KOUBASSOFF (*Comp. rend. Acad. des Sciences*, 9 *février* 1885).

L'auteur a procédé en recherchant la bactérie dans les organes du fœtus, pour y trouver les microbes inoculés à la mère ; à cet effet les organes étaient durcis, et on y pratiquait des coupes qui étaient teintes par la simple ou la double méthode. Cinq expériences ainsi faites ont donné dix-sept fœtus dont le foie, la rate, les reins, le cœur, le cerveau, ont toujours, sans exception, présenté des bacilles charbonneux. On constate le plus souvent des bactéridies placées hors des vaisseaux et en groupes de trois à neuf petits bâtons, formant une ligne ; plus rarement on rencontre de petits bâtons placés séparément. Les bactéridies ont été constatées également, au moyen des cultures et des examens microscopiques, dans le placenta, dans le liquide de l'amnios et du péritoine, et d'autres liquides du corps du fœtus. M. DUVAL.

Sulla pneumonite crupale acuta, par CANALI et ZAMPETTAI (*Riv. clin. di Bol.*, *p.* 40, 1884).

Les auteurs, après avoir fait la trachéotomie, injectent profondément à des lapins à l'aide de la seringue de Pravaz munie d'une canule élastique des crachats pneumoniques, tuberculeux, de bronchite, et des liquides divers irritants ou contenant des bactéries. A l'aide des crachats de pneumonie, ils obtiennent non seulement la pneumonie croupale, mais encore de la pleurésie et de la péricardite ; au contraire, les autres liquides donnent des foyers inflammatoires limités. Ce n'est qu'avec les solutions de gomme qu'ils obtinrent des effets analogues à ceux obtenus avec les crachats pneumoniques, et ils attribuent ce résultat à la viscosité de la solution. F. BALZER.

The micrococcus of pneumonia, par Robert MAGUIRE (*Brit. med. journ.*, *p.* 1126, *décembre* 1884).

L'auteur résume l'état des connaissances actuelles sur ce sujet et donne le résumé de ses observations. Il fait d'abord remarquer que pour voir distinctement le microcoque de la pneumonie il faut colorer successivement les préparations par le violet gentiane d'aniline, puis par une solution d'iode iodurée, enfin les traiter par l'alcool absolu, qui enlève le violet, sauf au niveau des microcoques.

Les examens microscopiques de l'auteur portent sur 10 cas de pneumonie : chez tous, il a trouvé le pneumococcus, avec les particularités suivantes : groupement deux à deux en forme de diplocoques, présence

d'une capsule entourant le micrococcus : culture facile dans le sérum sanguin, et inoculation presque certaine chez les chiens et les souris, qui contractent des pneumonies tandis que les lapins y sont réfractaires. Ceci est d'autant plus intéressant, qu'il y a comme un antagonisme entre la tuberculose et la pneumonie chez ces animaux, les lapins devenant tuberculeux avec la plus grande facilité, tandis que les chiens sont relativement réfractaires.

H. R.

Sur la présence des micrococci pneumoniques dans la broncho-pneumonie de la rougeole, par LUMBROSA (*Progrès médical*, 11-18 *octobre* 1884).

Des coupes de parties hépatisées d'un poumon d'enfant mort de rougeole furent placées 24 heures dans le bleu d'Hertesberg et dans le violet d'Ehrlich, puis dans la solution iodée, et lavées dans l'eau distillée; elles furent alors, les premières, décolorées par l'alcool absolu et l'essence de girofle, les autres colorées par l'éosine, puis décolorées de même. Dans toutes ces préparations l'auteur a trouvé : 1° des micrococci ronds, les uns plus petits, les autres plus gros; 2° des micrococci ovoïdes, accolés très souvent deux à deux. Il en conclut qu'il n'y a pas de différence de formes entre les micrococci et ceux que l'on rencontre dans la pneumonie lobaire.

De nouvelles recherches sur deux cas de rougeole et deux de diphtérie terminés par des bronchopneumonies ont confirmé cette opinion; il a trouvé la capsule de ces micrococci en traitant les pièces par l'acétate de potasse, nouvelle preuve d'identité de formes. Il n'admet pas cependant que ces micrococci de la bronchopneumonie aient les mêmes propriétés biologiques que ceux de la pneumonie lobaire; des expériences faites sur des animaux avec des cultures ont toutes donné des résultats négatifs.

H. L.

Nouvelles expériences comparatives sur l'inoculabilité de la scrofule et de la tuberculose de l'homme au lapin et au cobaye, par S. ARLOING (*Lyon méd.*, 2 *novembre* 1884).

Dans cette note, Arloing relate diverses expériences d'inoculation de ganglion strumeux à des lapins et à des cobayes. Le ganglion, caséeux au centre, extirpé le matin même sur un jeune scrofuleux, fut réduit en pulpe et le suc fut inoculé sous la peau de dix lapins et de dix cobayes (2 gouttes par sujet). Deux mois plus tard tous les cobayes, morts dans le cours de cette période ou immolés, ont présenté des ganglions hypertrophiés caséeux, des tubercules de la rate et du poumon. Les dix lapins n'ont offert aucune trace de tuberculisation viscérale ou ganglionnaire.

Dans une seconde expérience, l'inoculation fut faite dans le péritoine avec le suc d'un ganglion pris sur le même malade (deux gouttes d'injection). Le résultat fut le même qu'avec l'inoculation sous-cutanée; tous les cobayes présentaient l'hypertrophie des ganglions ; tous les lapins étaient indemnes.

Ces résultats paraissent de nature à justifier dans une certaine mesure la distinction qu'on établit en clinique. S'agit-il de deux virus dif-

férents ? la scrofule est-elle le résultat d'un virus atténué, modifié. L'auteur poursuit des recherches sur ce point délicat. A. CARTAZ.

Note sur le microbe des oreillons, par BOINET (*Lyon méd.*, 1er *mars* 1885).

L'auteur a fait ses recherches dans le laboratoire de Chauveau, sur le sang de 15 malades. Il a constamment trouvé les microbes de Capitan et Charrin. Contrairement à l'opinion de ces observateurs, il a trouvé le nombre des micrococci plus abondant dans les formes d'oreillons compliquées. Chez un malade atteint, secondairement, d'abcès de la nuque, il a trouvé dans le pus des micrococci soit en chapelets, soit en zoogloées.

Ces microbes ont été cultivés et le liquide de culture inoculé dans la parotide et la tunique vaginale de cobayes, de lapins ; le liquide de la 3e génération n'a rien donné, celui de la 4e a amené une vaginalite suppurée, de la péritonite avec sérosité purulente et dans les organes atteints on retrouve les micrococci caractéristiques. A. C.

Ueber Pseudo-infection bei Fröschen (D'une pseudo-infection des grenouilles. — Contribution à l'étude de la question du jéquirity), par SALOMONSEN et C.-D. HOLINFELD (*Fortschritte der Medicin*, n° 19, 1er *octobre* 1884).

S. et H. ont repris les expériences de Cornil et Berlioz sur l'empoisonnement par les bacilles de macération du jéquirity ; ils pensent que les bacilles ne sont pas l'élément pathogène, mais que le poison contenu dans les graines du jéquirity agit seul. En effet, que les infusions soient ou non stérilisées, l'effet produit est toujours le même ; en outre, les cultures faites avec les bacilles trouvés dans le sang des grenouilles empoisonnées, sont toujours restées inactives.

Si le sang d'une grenouille empoisonnée est toxique, c'est lorsque le poison a été injecté à hautes doses, et il ne l'est plus, si les solutions employées sont au contraire à un degré élevé de dilution. C'est là probablement la cause des résultats différents auxquels sont arrivés ces auteurs.

Les bacilles trouvés dans le sang n'ont pas tous le même aspect ; quelquefois ils existent en grande quantité, tandis que dans d'autres cas ils sont en très petit nombre. S. et H. pensent que ces bacilles, lorsqu'on emploie des solutions non stérilisées, proviennent de ceux qui existent dans ces solutions; lorsque les macérations employées sont stérilisées, les organismes que l'on trouve dans le sang pénètrent par la plaie d'inoculation et proviennent de l'eau ou de la vase où l'on a placé les grenouilles. En effet, il est beaucoup plus facile, quand on opère sur des animaux, tels que des souris, des lapins, etc., de constater l'absence de tout bacille dans le sang.

Des macérations de jéquirity associées à des liquides provenant de cultures de micrococcus prodigiosus, de bacillus cyanogenus et de micrococcus incolores, produisirent toujours les mêmes effets, lorsqu'on les injectait sous la peau de grenouilles et l'on retrouvait toujours dans le sang les organismes caractéristiques qui leur avaient été associés.

On sait que la macération du jéquirity est inactive après une coction

prolongée; lorsque, dans ces conditions, on lui associait du liquide provenant de cultures des bacilles précédents, on n'observait aucun phénomène particulier sur la grenouille inoculée, et le sang examiné ne contenait aucune bactérie. Le jéquirity transforme donc l'organisme en un milieu de culture favorable pour ces dernières; est-ce grâce à des modifications chimiques du plasma sanguin, à une faiblesse croissante du cœur, ou à quelque autre cause qu'on voit, en pareilles circonstances, se développer dans le sang une si grande quantité de bacilles? La question ne peut être encore résolue. Il faut se rappeler que Rossbach a vu quelque chose d'analogue se produire à la suite d'injections intraveineuses de papayotine. Quoi qu'il en soit, il semble donc que dans l'empoisonnement par le jéquirity le bacille n'est qu'un élément secondaire, sans aucun rôle pathogène; le sang lui-même est un toxique, mais il n'est pas virulent. W. OETTINGER.

Le microbe de la fièvre jaune. Inoculation préventive, par Domingos FREIRE et REBOURGEON (*Bull. Soc. biol.*, 8 *novembre* 1884).

D'après Freire, la fièvre jaune est engendrée par la présence dans le sang d'un cryptocoque qui subit très rapidement un certain nombre de transformations, dont l'une a pour but la formation d'une ptomaïne, que l'on trouve dans les matières noirâtres du vomissement et dans les déjections; c'est par la culture de ce micro-organisme que l'auteur est parvenu, d'une part, à obtenir ces résultats expérimentaux, et, d'autre part, à former un liquide atténué, dont l'inoculation préventive confère une immunité, sur la durée de laquelle il est encore impossible de se prononcer.

Carmona, de Mexico (*Rev. de med. y cirurg.*, février 1882), avait déjà cherché à établir les caractères d'un champignon qu'il nommait *Peronospora lutea*, qu'on trouvait dans le sang, l'urine et les vomissements des malades. Il avait noté que cet élément de la fièvre jaune se présentait sous forme de granulations ovoïdes, jaunâtres, avec des prolongements dilatés qu'il appelle des oogones. OZENNE.

Zur Ætiologie der puerperalen Mastitis, par E. BUMM (*Archiv für Gynækologie, Band XXIV, Heft.* 2).

Dans le pus d'un abcès de la mamelle, l'auteur a trouvé un micrococcus ressemblant au gonococcus : il est formé de deux moitiés hémisphériques se regardant par une face plane et séparées par un mince intervalle; il mesure 2,64 d'un pôle à l'autre : il se colore facilement par l'aniline. Il se cultive dans le sérum de sang de mouton et l'extrait de peptone gélatineux. L'inoculation que l'auteur s'est faite à lui-même et a pratiqué à deux autres personnes a produit une tuméfaction avec suppuration atteignant, du 14e au 20e jour, le volume d'un poing d'adulte. On a retrouvé le micrococcus dans le pus de cet abcès. L'auteur pense que, chez la femme sur laquelle il avait été primitivement recueilli, l'infection a eu lieu par les canaux galactophores; les seins avaient été surveillés très attentivement et n'avaient présenté à aucun moment d'excoriation. L'auteur a rencontré ce même micrococcus dans les lochies et la cystite puerpérale : il l'avait trouvé aussi, mais à l'état isolé, dans la sécrétion vaginale de la femme atteinte de mammite. H. DE BRINON.

Ueber den Einfluss der Leberexstirpation auf den Stoffwechsel (De l'influence de l'extirpation du foie sur les échanges nutritifs), par MINKOWSKI (*Centralbl. f. die med. Wissensch.*, n° 2, 1885).

Chez les oiseaux, la veine de Jacobson qui sert d'anastomose entre les systèmes portes hépatique et rénal étant très développée, l'interruption de la circulation du foie ne donne pas lieu à une congestion des viscères abdominaux très accusée ; c'est pour ce motif que Minkowski a choisi l'oie comme sujet de ses expériences relatives à l'influence qu'exerce sur la nutrition soit l'ablation du foie, soit la ligature de ses vaisseaux.

Immédiatement après cette opération il n'y a guère de manifestations anormales ; au bout de 8 à 10 heures les animaux tombent dans le collapsus et succombent ; pendant la survie, les urines, au lieu d'être troubles comme à l'état physiologique, sont rendues très claires, limpides ; l'acide urique s'abaisse au 20e ou au 30e de son chiffre normal. Par contre les urines renferment une proportion très notable d'acide lactique, et l'excrétion d'ammoniaque augmente d'une manière très sensible ; en ce qui concerne l'urée, Minkowski ne peut se prononcer. L. D.-B.

Recherches sur les variations de l'urée du sang dans différentes maladies, par MEIGE (*Thèse de Paris*, n° 109, 1885).

Sans aborder la question des propriétés toxiques de l'urée, cette très consciencieuse dissertation inaugurale étudie au point de vue clinique les dosages de l'urée dans le sang, dosages qui, d'après l'auteur, rendraient beaucoup plus évidents et plus certains le diagnostic et surtout le pronostic d'un grand nombre d'affections. Malheureusement, dans ce travail, quelques-unes seulement de ces affections sont passées en revue.

En ce qui touche la rétention d'urine tout d'abord, l'auteur a institué, en collaboration avec M. Quinquaud, une série d'expériences sur les chiens : il a vu ainsi que la quantité d'urée commençait à augmenter dans le sang seulement le troisième jour après la ligature de l'uretère ; mais que cette augmentation, toujours croissante, précédait la mort de 24 ou de 36 heures. Puis, passant du domaine de l'expérimentation à celui de la clinique, il a reconnu, à l'aide d'un certain nombre d'observations, que l'accumulation d'urée se faisait également dans le sang des malades atteints de rétention d'urine, et que cette accumulation était d'un très mauvais pronostic.

Il en est de même de la pneumonie, dont la terminaison est toujours et rapidement fatale, quand les proportions d'urée dans le sang augmentent d'une façon notable.

Dans la néphrite avec urémie, la nature de l'affection, qui n'est souvent que soupçonnée, est rendue évidente par la plus grande quantité d'urée contenue dans le sang, et le pronostic est d'autant plus grave que cette quantité s'accroît davantage, comme d'ailleurs dans l'érysipèle de la face et dans certaines formes d'hémorragie cérébrale et de ramollissement.

En somme, il y aurait toujours état très grave et mort presque imminente lorsque l'urée atteint dans le sang un chiffre six à sept fois plus grand qu'à l'état normal. R. JAMIN.

Ueber die Innervation der Vaginæ bei Kaninchen, par Heliodor V. SWIECICKI (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band X, Heft* 2).

L'auteur rend compte d'expériences qu'il a faites sous la direction de Kronecker, sur des lapines, en employant la méthode graphique.

1° La pipéridine, injectée dans la jugulaire en solution au 1/100e, augmente l'énergie des contractions vaginales; et cet accroissement est proportionnel à la dose employée. La respiration et la fréquence du pouls sont en même temps augmentées, de sorte que cette substance doit être considérée comme excitant les centres moteurs de la respiration, de la circulation et de la contractilité vaginale. La dose employée était de 2 centigrammes, mais l'action de 5 milligrammes était déjà très manifeste.

2° La conine à la dose de 1 centigramme augmente la durée, la fréquence, et dans certains cas l'énergie des contractions vaginales. Cette substance jouit en même temps d'une action tonique, par suite de laquelle dans l'intervalle des contractions les parois vaginales ne retombent pas au repos complet.

3° L'éther (en inspirations) rend les contractions plus fréquentes. Le mélange de 1/4 d'éther avec 3/4 d'air rend les contractions plus fortes, plus fréquentes et plus régulières : le mélange de 2/3 d'éther avec 1/3 d'air fait cesser complètement les contractions après quelques contractions lentes et irrégulières.

4° Le citrate d'ergotine (Gehe) n'a aucune action sur la contractilité vaginale : l'acide sclérotinique produit des contractions très énergiques.

Ces expériences tendent à démontrer que la contractilité vaginale est mise en-activité ou régularisée par l'innervation centrale, et que les excitations périphériques de nature mécanique ou chimique n'ont aucune influence sur elle.

Une seconde série d'expériences est consacrée à établir l'indépendance d'innervation entre le segment inférieur et le segment supérieur du vagin. Les tracés montrent que les deux segments se contractent à intervalles égaux ; que l'un commence à se contracter, lorsque la contraction s'achève dans le second : que l'un des segments peut avoir dans le même intervalle des contractions plus fortes ou plus fréquentes que l'autre. D'une manière générale, le segment supérieur est plus excitable que le segment inférieur, l'innervation centrale agit sur le segment supérieur avant d'atteindre le segment inférieur.

La contractilité vaginale est assimilable à la contractilité œsophagienne, à la contractibilité cardiaque : le vagin occupe à ce point de vue un rang intermédiaire entre l'œsophage et le cœur. H. DE BRINON.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Ueber das Pelletierin, par W. von SCHRŒDER (*Archiv für experim. Pathologie und Pharmak.*, *Band XVIII*, *H.* 5 *et* 6, *p.* 381).

Les recherches expérimentales de von Schrœder démontrent que la pelletiérine en injections sous-cutanées et à la dose de $0^{gr},01$ à $0^{gr},02$ détermine chez les grenouilles une exagération marquée du pouvoir excito-moteur, qui se manifeste au bout de dix à trente minutes, pour atteindre son apogée dans le courant du second ou du troisième jour et ne disparaître que vers le cinquième ou le sixième.

Cette exagération est telle, qu'elle se traduit par des accès de tétanie mais des accès de courte durée. Elle apparaît aussi bien chez les animaux dont l'encéphale se trouve isolé de la moelle par une section traumatique, que chez les animaux intacts; elle est donc le résultat d'une action de la pelletiérine sur la substance grise de la moelle. La pelletiérine exerce d'ailleurs sur le cerveau une action paralysante de durée beaucoup plus courte. En outre, elle agit sur les muscles, et cette action est surtout manifeste quand le poison est administré à fortes doses. Voici par quels phénomènes elle se traduit : Quand on met la grenouille empoisonnée par la pelletiérine dans la nécessité de faire un saut, sitôt le mouvement exécuté, on voit l'animal rester couché pendant quelque temps avec les pattes en extension. En d'autres termes, les choses se passent comme dans les cas d'empoisonnement par la vératrine, si ce n'est qu'avec la pelletiérine l'effet est moins durable; le raccourcissement des muscles s'opère avec la vitesse normale, tandis que leur allongement est ralenti. Cet effet persiste un jour et se dissipe ensuite. Il fait défaut lorsqu'on soustrait les muscles d'une patte à l'action directe de la pelletiérine, en liant l'artère destinée à ce membre.

Quand on injecte des doses plus fortes ($0^{gr},04$ à $0^{gr},06$), l'exagération du pouvoir excito-moteur dure beaucoup moins longtemps pour faire place à la paralysie musculaire avec arrêt de la respiration. La paralysie motrice est due en partie à une action directe du poison sur la substance musculaire, en partie à une action comparable à celle du curare et qui s'exerce sur les terminaisons des nerfs moteurs, cette dernière action n'étant bien accusée que quand on emploie de fortes doses.

La pelletiérine ralentit les battements du cœur de la grenouille. Cette action est indépendante du tronc du nerf vague, car elle se manifeste encore sur le cœur atropinisé. La pelletiérine réveille les contractions du muscle cardiaque arrêté en systole sous l'influence de la muscarine.

Les recherches de von Schrœder démontrent que ce résultat est dû à la paralysation des extrémités terminales du nerf vague.

Chez les animaux à sang chaud, la pelletiérine agit également sur la moelle en exagérant le pouvoir réflexe; elle agit en outre sur le cervelet,

pour produire des troubles de la locomotion. En outre elle excite le centre vaso-moteur et paralyse le nerf vague.

Enfin l'auteur rappelle que d'après les expériences cliniques consignées dans la thèse de Rochemure (Paris, 1879) les effets toxiques de la pelletiérine se manifestent chez l'homme par du vertige, des troubles de la vue, de la faiblesse dans les membres inférieurs, et, d'une façon moins constante, par des nausées, des vomissements, des secousses convulsives et des crampes dans certains groupes de muscles, principalement dans ceux des mollets.

Von Schrœder a étudié lui-même l'action de la pelletiérine sur des tænias recueillis dans les intestins de chats récemment sacrifiés. Ces tænias étaient conservés dans de l'eau maintenue à la température de 37° et renfermant 1 0/0 de chlorure de sodium et 0,1 0/0 de carbonate de soude, milieu dans lequel ils continuent de vivre pendant plusieurs jours. En ajoutant de la pelletiérine au liquide dans la proportion de 1 sur 10,000, les tænias étaient sans vie déjà au bout de cinq minutes. En les transvasant dans une solution fraîche de chlorure de sodium, les parasites reprenaient vie au bout de 15 à 30 minutes. Mais quand le tænia avait été au contact du parasiticide pendant plus de dix minutes, il était irrémédiablement privé de vie.

L'auteur rend compte ensuite des expériences qui ont été faites dans les hôpitaux de Paris pour éprouver l'action tænifuge de la pelletiérine. Il ajoute qu'il a pu se convaincre d'une façon directe que, contrairement aux assertions de Kamnitzer, la décoction de racine de grenadier renferme bien une certaine quantité de pelletiérine, qu'elle n'est donc pas redevable de son action tænifuge à la présence de l'acide tannique. Von Schrœder donne les indications suivantes, pour la préparation d'une décoction d'écorce de grenadier, dépourvue du goût répugnant de la décoction ordinaire, aussi efficace et moins coûteuse que la pelletiérine. Après avoir réduit l'écorce en fragments menus, on la met en suspension dans de l'eau qu'on chauffe au bain-marie pendant une heure environ, pour être sûr que tous les alcaloïdes se seront dissous. On laisse refroidir le liquide et on y ajoute du lait de chaux, jusqu'à sursaturation. Le liquide prend ainsi une consistance de bouillie. On filtre, en prenant soin de bien laver le résidu de la filtration. Le liquide qui passe est très limpide, d'une teinte jaunâtre, d'une réaction alcaline; on le neutralise avec de l'acide sulfurique. Le liquide renferme l'alcaloïde en totalité, l'acide tannique étant resté sur le filtre à l'état de tannate de chaux. Aussi la décoction ainsi préparée n'a-t-elle pas la saveur astringente de la décoction commune; l'addition d'un correctif (limonade) lui communiquera un goût très supportable. Si l'on tient à débarrasser le liquide du sulfate de chaux qu'il renferme, on y ajoutera un peu de phosphate acide de soude et on filtrera une seconde fois. Il est préférable d'ajouter simplement à la décoction 2 à 3 grammes d'acide tannique, pour empêcher l'absorption de la pelletiérine dans l'estomac. E. RICKLIN.

Contribution à l'étude botanique, physiologique et thérapeutique de l'Euphorbia pilulifera, par MARSSET (*Thèse de Paris*, 1884).

Le principe actif de l'*Euphorbia pilulifera* est soluble dans l'eau et

l'alcool étendu, insoluble ou peu soluble dans l'éther, le chloroforme, le sulfure de carbone et l'essence de térébentine.

Il est toxique à faible dose pour les petits animaux, qu'il tue par arrêt des mouvements respiratoires et des battements cardiaques, accélérés d'abord, puis ralentis graduellement sous son influence. Il paraît agir par action directe sur les centres respiratoire et cardiaque. Il laisse intacts les autres appareils.

Il paraît s'éliminer par le foie. Ses effets ne s'accumulent pas.

Localement, il est sans action sur la peau et les muqueuses, sauf la muqueuse gastrique, qu'il irrite.

Il donne de bons résultats dans les accès de dyspnée causés par l'asthme, l'emphysème ou la bronchite chronique. Il doit être employé à doses quotidiennes correspondant au plus à un gramme de la plante sèche et pris dans un véhicule aqueux abondant, de préférence au commencement des repas. BAZILE FÉRIS.

Contribution à l'étude pharmacologique de la ciguë (conium maculatum), par LEPAGE (*Bullet. de l'Ac. de méd., 2e série, tome XIII, n° 50*).

Après avoir rappelé les recherches d'Orfila sur l'action des différentes parties de cette plante, l'auteur donne les résultats des expériences qu'il a entreprises lui-même depuis deux ans sur le même sujet : il arrive aux conclusions suivantes.

1° La racine de cigüe récoltée au mois de mars, alors que la plante est encore peu développée, ne contient que des quantités extrêmement minimes d'alcaloïdes.

2° Il en est de même de celle qu'on récolte au mois de mai, quoique à cette époque, où la plante est en pleine végétation, les feuilles et les tiges en contiennent en très notable quantité.

3° Au mois de juin, vers la fin, les résultats ont été les mêmes qu'en mars et mai.

4° Les racines de jeunes plantes de l'année, récoltées au mois de septembre, ont toujours été trouvées plus riches en alcaloïdes que celles de deux ans.

5° C'est surtout dans les fruits que l'on rencontre la conicine en plus grande quantité.

6° On ne trouve pas d'alcaloïdes dans l'huile préparée par coction avec les racines réduites en pulpe, tandis que celle obtenue avec les autres parties de la plante en contient toujours en notable quantité :

L'auteur s'est servi pour ses expériences soit d'extraits d'alcoolatures des racines froides, soit d'extraits alcooliques de racines préalablement séchées. GASTON DECAISNE.

Hydrochlorate of hydrastine, par Robert SATTLER (*Med. News, 31 janvier* 1885).

L'auteur a pu se procurer des sels bien définis des alcaloïdes de l'hydrastis canadensis, le sulfate de berbérine et l'hydrochlorate d'hydrastine. Le premier n'a pas donné de résultats thérapeutiques bien marqués et ses inconvénients l'ont fait abandonner. L'hydrochlorate d'hydrastine,

au contraire, en solution à 1 ou 2 0/0, détermine une irritation très vive de l'appareil oculaire, spécialement de la conjonctive.

S.:. pense que cet agent doit convenir dans les formes de conjonctivite hyperémique granuleuse où l'on cherche la résorption des exsudats, des granulations par une inflammation modérée. Les résultats de ses premiers essais sont satisfaisants, aussi bien dans les conjonctivites granuleuses que dans les formes purulentes catarrhales; dans l'ophtalmie des nouveau-nés, l'auteur l'a également employée, mais toujours conjointement avec la solution de nitrate d'argent. A. C.

Ueber Ersatzmittel der Digitalis (Les succédanés de la digitale), par H. FALKENHEIM (*D. Arch. f. klin. Med. Band XXXVI, Heft* 1 *et* 2, *p.* 84).

Il est question dans ce travail du convallaria maialis et de l'helléboréine. Pour étudier le convallaria, l'auteur a employé une infusion de fleurs choisies. Les tiges ont été rejetées : grâce à cette précaution dans la préparation de l'infusion, les résultats obtenus expérimentalement sur la grenouille ont été analogues à ceux qu'ont fait connaître à Saint-Pétersbourge Botkine et ses élèves.

Sur les malades, il a semblé à l'auteur que les résultats thérapeutiques obtenus étaient très contestables. Il insiste surtout sur la difficulté de régler le dosage de l'infusion. Il est assez curieux de constater que les observations qu'il a publiées plaident en sens contraire de ses conclusions : il suffit de jeter un coup d'œil sur les courbes qu'il donne de la quantité des urines émises pour reconnaître que l'administration du convallaria a été suivie dans les divers cas d'une diurèse très accentuée.

Les courbes qui concernent l'helléboréine sont beaucoup moins nettes, et nous faisons moins de difficulté à nous associer aux réserves que formule l'auteur sur la valeur thérapeutique de cette substance dans les affections du cœur. A. M.

Remarks on the therapeutic action of the aconitum ferox, or indian aconite, par H. CULLIMORE (*Brit. med. journ.*, *p.* 1275, *décembre* 1884).

L'aconitum ferox est une plante de l'Himalaya, extrêmement toxique et employée de temps immémorial par les Indiens pour empoisonner les flèches. Comme les autres espèces, elle présente une racine tubéreuse qui renferme de l'aconitine à haute dose.

Des expériences faites par l'auteur sur lui-même et sur des malades au moyen de la teinture alcoolique il conclut à l'identité presque complète avec l'aconit napel. Ainsi il retrouve ces phénomènes d'engourdissement des lèvres et de la langue, cette sensation de constriction des membres, cet abaissement de température avec affaiblissement du cou et tendance syncopale, que l'on a signalés dans l'intoxication par l'aconit napel; il constate également les bons effets du médicament dans les névralgies, à des doses très faibles (de 1 à 6 gouttes); les seules différences sont les suivantes : d'après l'auteur, l'aconitum ferox serait plus diurétique et moins diaphorétique, et il abaisserait moins franchement la température. Comme anesthésique chez les goutteux et les rhumatisants, il serait supérieur à l'aconit napel, tandis que comme vaso-dépresseur il aurait moins d'action.

Dans les deux cas les phénomènes toxiques sont les mêmes.

Signalons en terminant une propriété peu connue d'une espèce d'aconit voisine, *A. heterophyllum*. Ce serait un puissant tonique génital, employé comme aphrodisiaque en Orient. L'auteur n'a pas d'expérience personnelle à cet égard, mais il rappelle que le rajah de Burmah, possesseur de 70 femmes, tenait cette plante en haute estime, circonstance, dit-il, qui donne à l'opinion dudit rajah une valeur expérimentale considérable. H. R.

Action du sulfate de cinchonamine sur la circulation et les sécrétions, par G. SÉE et BOCHEFONTAINE (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 2 *mars* 1885).

Le sulfate de cinchonamine exerce sur le cœur une action paralysante diastolique; mais cette substance n'arrête pas l'effet produit par la digitaline: il n'y a donc pas d'antagonisme vrai entre ces deux agents, car on ne peut pas non plus rappeler, avec la digitaline, les mouvements du cœur arrêtés au moyen du sulfate de cinchonamine. Mais ces deux substances exercent vis-à-vis l'une de l'autre une action suspensive, c'est-à-dire qu'en injectant chez une grenouille, sous la peau d'une patte postérieure, une dose de cinchonamine capable d'arrêter le cœur en diastole, et sous l'autre patte une dose de digitaline arrêtant le cœur en systole, on voit le cœur continuer à battre régulièrement pendant une journée; l'animal succombe à l'empoisonnement des centres nerveux par la cinchonamine. La cinchonamine produit une abondante sécrétion salivaire; elle ne paraît pas modifier sensiblement la sécrétion biliaire, ni surtout la sécrétion pancréatique. Elle augmente la sécrétion salivaire par suite d'une action sur la glande elle-même et indépendamment d'une iufluence sur le système nerveux central. Enfin elle produit des phénomènes convulsifs qui sont précédés d'un abaissement de la pression sanguine et s'accompagnent de troubles cérébraux ressemblant à des hallucinations (expériences sur le chien.) M. DUVAL.

I. — Thallin ein neues Antipyreticum par JAKSCH (*Soc. des méd. de Vienne*, 31 *octobre* 1884).

II. — La Tallina, nuovo antipiritico, par MINGAZZINI (*Lo Spallanzani, mars* 1885).

III. — Sul' azione fisiologica della tallina, par PISENTI (*Annali di chimica, mars* 1885).

I. — En étudiant les propriétés des bases de la quinoline, Jaksch en a trouvé une, la trétrahydroparachinasilole, qu'il considère comme un remarquable antipyrétique. Il la désigne, avec Skrup, sous le nom de thalline.

Les sels de thalline sont solubles dans l'eau, ont une réaction acide et jouissent de la propriété de se décomposer sous l'influence du perchlorure de fer en fournissant une coloration verte. Jaksch a utilisé le sulfate, le chlorhydrate et le tartrate, ainsi qu'un dérivé d'une autre base le sulfate d'éthylthalline. Dans 86 cas d'affections fébriles, pneumonie, érysipèle, fièvre typhoïde, rougeole, rhumatisme articulaire, il a obtenu, avec des doses de 25, 50 et 75 centigrammes des résultats

satisfaisants. Le médicament abaisse rapidement la température. Comparé à la kairine, à la quinoline et aux autres corps analogues, il a l'avantage de faire durer plus longtemps l'apyrexie et de provoquer moins d'accidents : quelquefois il provoque de légères sueurs, dans des cas très rares un peu de frissonnement, jamais d'autre phénomène.

L'urine des malades devient brune après l'ingestion de la thalline, et le perchlorure de fer y détermine une coloration rouge.

II. — Mingazzini a employé le tartrate et le sulfate et a constaté l'effet annoncé par Jaksch, abaissement de température. Il a administré le médicament par la voie stomacale, par la voie rectale et en injections hypodermiques à la dose de 10 centigrammes. Les effets seraient aussi prononcés qu'avec une dose triple ingérée par l'estomac.

III. — Pisenti a également fait usage des injections hypodermiques et les trouve exemptes de tout danger. L. GALLIARD.

La thalline comme antipyrétique, par ALEXANDER (*Cent. f. klin. Med.*, 7 *février* 1885).

Dans presque tous les cas, sous l'influence de la thalline, le pouls diminue de fréquence en même temps que la température s'abaisse. Le pouls se ralentit moins vite que la température ne baisse; cet abaissement est suivi, la plupart du temps, de sueurs profuses; dans un cas de phtisie, la sudation a complètement fait défaut. La durée de l'abaissement thermométrique est en général de 2 à 3 heures. A. C.

I. — La cascara sagrada (*Rhamnus purshiana*), **par EYMERI** (*Thèse de Paris*, 1884).

II. — *Idem*, **par LANDOWSKI** (*Union méd.*, 1885).

I et II. — L'écorce du *Rhamnus purshiana* administrée à faibles doses, soit sous forme de poudre, soit sous forme d'extrait fluide, possède une action purgative. Cette action purgative, utilisée dans le traitement de la constipation habituelle rebelle, donne des résultats satisfaisants et amène presque toujours une guérison définitive.

La cascara sagrada a sur les autres laxatifs cet avantage immense de ne donner ni diarrhée, ni coliques, de ne déterminer ni nausées, ni troubles d'aucune sorte. B. FÉRIS.

Quelques recherches sur les effets physiologiques du chandoo (opium des fumeurs), par H. NICOLAS (*Th. Montpellier*, *n°* 21, 1884).

L'auteur a étudié sur lui-même les effets physiologiques immédiats du chandoo, il les a observés aussi sur des officiers qui fumaient par curiosité ou par passe-temps. Il a eu, pendant deux années l'occasion de voir les effets éloignés produits par cette substance sur des Annamites et des Chinois, depuis longtemps adonnés à cette habitude, et c'est le résultat de ses recherches ou observations qu'il a pris pour sujet de sa dissertation inaugurale.

Le Dr Nicolas passe successivement en revue les effets du chandoo sur les divers appareils et sur les principales fonctions. Son travail tend

à prouver que le chandoo est un excitant utile du système nerveux, une sorte d'agent dynamique analogue au café, au vin, à l'alcool, tant qu'il est pris en quantité modérée et qu'il est de bonne qualité

Il se passe en effet, pour les fumeurs d'opium, dans l'Orient, quelque chose d'analogue à ce qui a lieu en Occident pour les buveurs. De malheureux fumeurs invétérés, ne pouvant renoncer à leur habitude, et ne pouvant se procurer, à cause du prix élevé, de l'opium de la régie, font usage du *drass*. On nomme ainsi le résidu que l'on retire du fourneau sur lequel le chandoo a été brûlé. Le drass provient de la condensation des vapeurs et se présente sous forme de petits blocs noirâtres qui ne sont brûlés qu'à la surface et dont l'intérieur ressemble assez au chandoo. Il est composé (d'après Bérenguier) de charbon, d'huile empyreumatique, de quelques-uns des principes de l'opium et d'un peu de chandoo. Les effets du drass n'entraînent pas le bien-être général qui survient après que l'on a fumé quelques pipes de bon opium. Le drass amène assez rapidement une sorte d'anesthésie, puis il se produit des nausées, des vomissements. Enfin son influence sur la santé finit par être désastreuse après un temps plus ou moins long.

Le chandoo fumé avec excès entraîne aussi la déchéance de l'organisme ; mais, conclut le Dr Nicolas, il n'est pas plus dangereux que l'alcool pris avec excès, et les victimes de l'opium sont moins nombreuses et moins à plaindre que celles de l'alcool. Le sombre tableau de celui qui fume avec excès ne doit pas faire oublier que dans l'immense majorité des cas le chandoo n'est pas nuisible et que parfois il est utile.

A. MOSSÉ.

A propos de la médication ferrugineuse, par DEBIERRE et LINOSSIER (*Soc. de biologie*, 11 *janvier* 1885).

Les auteurs ont anémié un chien par une saignée et l'ont ensuite soumis à une médication ferrugineuse (10 grammes de tartrate ferrico-potassique et de citrate de fer ammoniacal en 25 jours). Au bout de ce temps, ils ont pratiqué une nouvelle saignée, et en ont comparé l'analyse à celle de la première saignée. Sous l'influence de la médication ferrugineuse, la teneur du sang en fer a augmenté sensiblement et beaucoup plus vite que la proportion des globules; le résultat est tout à fait concordant avec celui obtenu par le professeur Hayem. La proportion d'urée a diminué peu à peu dans l'urine; Petrowski a trouvé au contraire, dans ce cas, une augmentation dans la production d'urée; cela tient probablement à ce qu'il expérimentait sur des malades anémiques soumis à une nourriture très azotée.

F. H.

Ueber den Einfluss der Nickel und Kobaltverbindungen auf den thierischen Organismus (De l'influence des préparations de nickel et de cobalt sur l'organisme animal), par Anderson STUART (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmak., Band XVIII, H.* 3 et 4, *p.* 151).

L'auteur s'est proposé de faire pour le nickel et le cobalt ce que Harnack a fait pour le zinc, le cuivre et le plomb, Kebler pour le platine, White pour l'étain, Meyer et Williams pour le fer, von Mering pour le

mercure : étudier l'action générale que ces métaux exercent sur l'organisme, en utilisant une préparation très soluble dans l'eau, dépourvue de toute action caustique, ne coagulant pas l'albumine, ne formant de coagulum ni en présence des alcalis, ni en présence des bicarbonates alcalins, dont la réaction alcaline ne fût pas plus tranchée que celle du sérum sanguin, et qui ne renfermât pas d'autre principe actif que l'oxyde du métal dont on se propose d'étudier les effets physiologiques.

Pour ses expériences, l'auteur s'est servi d'abord du tartrate double de nickel et de sodium et du nitrate de sodium ; mais ces deux sels donnaient lieu à la formation d'un précipité, quand les solutions n'étaient que légèrement alcalinisées. Il a fini par trouver une solution qui répond à toutes les conditions énoncées ci-dessus et dont voici le mode de préparation : Deux parties en poids d'acide citrique cristallisé sont dissoutes à chaud dans un poids égal d'une lessive de soude concentrée, de telle sorte que le mélange soit à l'état neutre; puis on ajoute une partie d'acide citrique. Dans la solution acide ainsi obtenue, on fait dissoudre du bicarbonate de nickel fraîchement précipité. La solution s'opère également à chaud et jusqu'à saturation. Puis on la laisse refroidir et on filtre; on détermine sa richesse en oxyde métallique en soumettant une portion du liquide à l'évaporation, en calcinant et en lavant le résidu, en y ajoutant ensuite de l'acide nitrique pour évaporer et calciner à nouveau. La proportion d'oxyde métallique est finalement déterminée par une pesée; elle peut aller jusqu'à 10 0/0 d'oxyde de nickel. Le même mode de préparation convient quand on veut expérimenter avec le cobalt, le manganèse ou le fer.

Voici, en substance, les résultats expérimentaux annoncés par l'auteur : les deux métaux, nickel et cobalt, exercent une action très prononcée sur le système nerveux. Chez les grenouilles, cette action est limitée à la moelle ; elle se manifeste par des convulsions tétaniques, qui offrent la plus grande ressemblance avec les convulsions strychniques, qui persistent quand on sectionne la moelle au-dessus du bulbe, mais qui cessent de se produire quand on sectionne les nerfs sciatiques de l'animal.

Chez les mammifères, les principaux troubles consécutifs à l'intoxication par le nickel ou le cobalt sont également d'origine nerveuse. Quand on injecte de fortes doses du toxique directement dans les vaisseaux, on voit encore éclater des convulsions, qui font bientôt place à une parésie ou à une paralysie tantôt limitée à l'arrière-train, tantôt étendue à tout le corps : bref, on observe la même succession de phénomènes que Bœhm et Mickwitz ont signalée chez les animaux empoisonnés par le baryum. La parésie motrice n'est pas un résultat de l'empoisonnement, car elle peut se montrer première en date, avant les convulsions. Les phénomènes convulsifs se présentent d'ailleurs avec des caractères variables suivant qu'on développe une intoxication subaiguë ou chronique. On observe des secousses spontanées dans certains groupes de muscles; ainsi chez un chien, soumis à l'empoisonnement par le nickel, ces secousses affectaient exclusivement les muscles de l'œil, donnant lieu à du strabisme. D'autres fois, tout le corps est agité par un tremblement, qui rappelle habituellement le tremblement de la paralysie agitante chez

l'homme, ou encore les mouvements incohérents des choréiques. Souvent aussi, on observe une rigidité tétanique avec opisthotonos, évacuations involontaires, spasme convulsif de la glotte, spasme convulsif des muscles du thorax avec cri. D'autres fois encore éclatent des convulsions cloniques, précédées ou non de convulsions toniques, et rappelant dans le premier cas le tableau de l'attaque d'épilepsie. Souvent le pouvoir excito-moteur a subi une exagération considérable, et alors le moindre pincement, un coup provoque un accès convulsif. Pendant que durent ces symptômes, l'animal peut être privé complètement de mouvements volontaires, mais il ne paraît pas qu'il y ait perte de connaissance. De plus, chez les pigeons, chez les rats et les cobayes, les manifestations paralytiques prédominent sur les manifestations convulsives.

L'empoisonnement par le nickel et le cobalt se manifeste encore par des accidents gastro-intestinaux, qui sont surtout bien accusés chez les chats et les chiens. Assez rarement on observe de la diarrhée, mais le vomissement est habituel et prompt à survenir. Comme le métal (incorporé par la voie hypodermique ou intra-veineuse) n'est éliminé qu'en très faible quantité par la muqueuse de l'estomac, comme l'effet émétique fait défaut quand le métal est administré à fortes doses par les voies ordinaires, il y a tout lieu d'admettre que le vomissement est d'origine centrale. On observe, en outre, une inflammation de la muqueuse intestinale dans toute l'étendue de celle-ci, résultat qui fait défaut dans les cas d'intoxication par le manganèse. Avec cette entérite coïncide une stomatite. On s'explique ainsi que les animaux soient sans appétit, qu'ils aient de la peine à mâcher les aliments, et que ceux-ci aient, dans le cours de l'empoisonnement, une tendance à séjourner indéfiniment (pendant plusieurs jours) dans l'estomac. La soif est extrême, et la diurèse qu'on observe dans le cours de l'expérience est sans doute la conséquence des grandes quantités de liquide ingurgitées par les animaux. La diarrhée est constante, commence peu de temps après l'incorporation du toxique et persiste jusque vers la fin. Les animaux ne rendent pas de sang avec les évacuations alvines.

Enfin, environ quinze minutes après l'injection intra-veineuse du toxique, la pression sanguine s'abaisse ; elle se relève lorsque la dose administrée n'est pas très forte ; dans le cas contraire, la pression sanguine continue de baisser jusqu'à la mort. Ce résultat ne paraît pas dépendre d'une action des deux métaux sur la substance musculaire du cœur, mais très vraisembablement de la dilatation paralytique des vaisseaux. Les deux métaux exercent en effet une action paralysante sur le centre vaso-moteur intra-bulbaire. L'accélération du pouls, qu'on observe au début de l'expérience, reconnaît sans doute la même origine (dilatation des vaisseaux).

Le nickel et le cobalt sont absorbés par la peau, comme il est facile de s'en convaincre en badigeonnant des grenouilles avec la solution d'un de ces métaux. L'auteur ne peut pas dire si l'absorption a lieu également à la surface de l'estomac. Le nickel et le cobalt s'éliminent par les urines et par la muqueuse intestinale. On les retrouve dans la bile et dans le produit de secrétion de l'intestin. E. RICKLIN.

Sull azione biologica dell'acido anisico (De l'action biologique de l'acide anisique), par TURCI (*Rivista italiana di terapia di Piacenza, juin* 1884).

L'acide anisique $C^8H^8O^3$, ou acide draconique, ou hydrate d'anisile, etc., est un isomère de l'acide méthylsalicylique. Il naît dans l'oxydation de l'essence d'anis, d'amandes amères ou de serpentaire. Il se forme d'abord de l'aldéhyde anisique, puis par oxydation plus complète de l'acide anisique.

L'anisate de soude est le composé qui semble préférable pour l'emploi pharmaceutique. Cet acide pourra être employé dans le traitement des plaies sous forme d'acide libre, mais son action antiseptique n'est pas supérieure à celle de l'acide salicylique. L'anisate de soude peut s'employer à l'intérieur à des doses supérieures à celles du salicylate de soude et est beaucoup plus agréable à prendre. Il lui est probablement supérieur comme antifébrile dans les maladies aiguës, à l'exception peut-être du rhumatisme articulaire aigu. Il n'a pas les inconvénients du salicylate, vomissements, dépression des forces, lipothymies, collapsus, etc., et n'occasionne pas une dénutrition aussi accentuée. Il abaisse la température sans déprimer le cœur, et il maintient la pression sanguine sans altérer la nutrition ni troubler l'estomac. Il pourra donc être employé sans inconvénient comme antipyrétique. F. BALZER.

Ueber Iodoformvergiftung und ihre Behandlung (L'intoxication par l'iodoforme et son traitement), par BEHRING (*Deutsche med. Woch.*, n° 5, 1884).

L'auteur préconise le bicarbonate de potasse comme antidote de l'iodoforme : il admet, en effet, que ce corps s'approprie les bases de l'organisme, et qu'il importe de les restituer aux tissus.

Son assertion s'appuie sur quatre expériences pratiquées chez des lapins et sur deux faits cliniques :

Le premier est celui d'un jeune homme chez qui l'usage de l'iodoforme pendant plusieurs semaines avait déterminé de l'insomnie, une perte de la mémoire, un changement d'humeur.

Le second cas se rapporte à un sujet de 58 ans atteint de plaie de tête, le 10 novembre 1883, et à qui l'on applique le pansement iodoformique. La cicatrisation s'effectue normalement; mais le 2 décembre l'auteur constate que son client perd la raison et qu'il a des phénomènes cérébraux inquiétants. Il applique un pansement à l'acide borique et prescrit 15 grammes de bicarbonate de potasse dans 200 grammes d'eau (une cuillerée à soupe toutes les heures). Dès le 4 décembre, le délire a disparu. Le 7 décembre la plaie est guérie. L. GALLIARD.

Observation de pseudo-tabes dû à l'intoxication par le sulfure de carbone, par BERBEZ (*France médicale*, 1er *janvier* 1885).

Il s'agit d'un homme de 29 ans, ouvrier en caoutchouc soufflé, sans antécédents vénériens ou alcooliques, qui, quelques jours après avoir commencé à travailler dans le sulfure de carbone, fut pris de nausées, de dégoût des aliments et de douleurs de tête intenses. Au bout de quelque temps, bien que le malade eût renoncé à son travail à la fin du mois, survenaient des troubles du côté des membres inférieurs. La démarche était incertaine, et la peau était le siège de picotements et de sensations douloureuses.

En quelques jours se produisait une paraplégie complète, à ce point qu'il était impossible au malade d'imprimer à ses jambes le moindre mouvement de reptation. Cette paraplégie, qui dura deux mois, avait été précédée d'anesthésie plantaire avec sensations subjectives; le malade croyait toujours marcher sur des boules, et trébuchait à chaque instant, surtout la nuit.

Au bout de quelques mois, douleurs en ceinture, sensation de courant d'eau froide sur la peau, crampes douloureuses dans les membres. Incoordination complète des mouvements. Difficulté extrême de porter les objets à la bouche. Plus tard embarras de la parole et légère amblyopie. Nystagmus intermittent. Disparition des réflexes rotuliens, crémastériens et abdominaux. Analgésie absolue des deux derniers doigts de chaque main. Perte de la sensibilité à la température. Dissociation de la sensibilité à la région plantaire, le côté droit étant plus pris que le gauche. Absence complète de désirs vénériens.

L'auteur admet qu'il s'agit là d'un faux tabes, et cela à cause :

De la paraplégie absolue qui a marqué le début de l'affection.

De l'embarras de la parole ; du nystagmus; de l'absence de troubles urinaires ; de l'absence de troubles oculaires bien marqués.

Ce qui plaide encore en faveur de l'intoxication par le sulfure de carbone, c'est l'amélioration très sensible qui est survenue sous l'influence d'un traitement dépuratif et excitant. GASTON DECAISNE.

Empoisonnement par le sulfhydrate d'ammoniaque dégagé d'un mastic de fer, par L. GARNIER (*Revue médicale de l'Est*, 15 *février* 1885).

Deux ouvriers étaient occupés dans une brasserie à boucher des joints à l'intérieur d'une chaudière à vapeur avec un mastic ayant la composition suivante :

Limaille de fonte non oxydée............	20 parties.
Sel ammoniac pulvérisé..................	1 —
Soufre en canon pulvérisé...............	0,5 —

(Ce mélange bien intime doit être humecté avec une quantité suffisante d'eau, de façon à obtenir une masse pâteuse.)

Ces travailleurs furent surpris, au moment où ils mataient le mastic, par un dégagement considérable de sulfhydrate d'ammoniaque. Tous deux furent suffoqués dès les premières émanations, et l'un d'eux succomba.

M. Garnier étudia la réaction chimique qui se développe dans le mastic amené à l'état de bouillie par addition d'eau et soumis à des températures variables; il arriva aux conclusions suivantes :

Le mastic de fer, mélange de limaille de fer, soufre et sel ammoniac, partout employé dans l'industrie pour le jointement des appareils, peut dégager, par échauffement spontané, des quantités considérables d'hydrogène sulfuré et d'ammoniaque et produire des accidents très graves qui se sont terminés par une mort rapide. On ne doit l'utiliser qu'en prenant les plus grandes précautions pour prévenir le danger d'asphyxie auquel se trouvent exposés les ouvriers qui manipulent le produit ailleurs qu'à l'air libre; on doit toujours, pendant le travail, ventiler très énergiquement les appareils à l'intérieur desquels ils ont à opérer.

P. PARISOT.

Kalichloricum-Vergiftung, par LEICHTENSTERN (*Deutsche med. Woch.*, n° 20, 1884).

Ce cas est remarquable par l'absence complète de modifications de l'urine, malgré les symptômes de collapsus, malgré la tuméfaction du foie et de la rate.

Une fille de 7 ans, habituellement bien portante, est atteinte d'angine légère ; l'auteur la voit le troisième jour et déclare qu'elle n'a besoin d'aucun médicament. Mais il est rappelé deux jours plus tard : contre toute attente, l'enfant est tombée dans le collapsus ; le visage est pâle, le pouls petit et fréquent, la température normale. Il y a du gonflement du foie et de la rate. Après douze heures d'anurie, la patiente émet une urine limpide qui ne contient pas d'albumine. Pas d'ictère.

Au bout de quelques jours, une médication énergique amène la guérison complète ; l'urine reste pure.

Quelle a été la cause de ces accidents? L'auteur apprend qu'à son insu l'enfant a usé d'un gargarisme au chlorate de potasse dont elle avalait une partie. Il s'agit là certainement d'une intoxication par le chlorate de potasse sans détermination rénale. L. GALLIARD.

Accidents déterminés par une injection chloroformique sous-muqueuse, par BLOCQ (*Progrès médical, 22 novembre* 1884).

A... souffrait depuis quelques jours d'une vive odontalgie au niveau de la canine supérieure gauche. On lui fit, le 20 avril, une injection de 5 à 6 gouttes de chloroforme dans la gencive. Immédiatement après il est pris d'une douleur atroce et d'une tuméfaction de la lèvre et de la joue ; en même temps se montrent de larges placards d'érythème au front, sous l'orbite et à la joue, qui fusionnent et donnent à la face l'aspect d'un érysipèle accompagné de phlyctènes. Le lendemain, la boufissure a augmenté ; le malade ne peut ouvrir l'œil ; la joue est couverte de phlyctènes pleines de sérosité trouble ; au niveau de la figure, il y a sur la gencive une tache grisâtre de 2 centimètres carrés environ ; la muqueuse labiale présente, au point correspondant, une large phlyctène ; le 24 avril, la gencive et la lèvre se mortifient ; 5 mai, les escarres sont en voie d'élimination ; 15 mai, la lèvre est cicatrisée ; la paroi alvéolaire de l'os maxillaire est à nu. 4 août, il existe sur le maxillaire un séquestre noir, de l'étendue d'une pièce de 1 franc, au niveau de la canine et de la première petite molaire, qui sont très ébranlées ; le séquestre paraît superficiel. H. L.

THÉRAPEUTIQUE.

Zur Kenntniss der Wärmeregulation, par FINKLER et PLETZER (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 5, *p.* 77, 4 *février* 1884).

Les auteurs ont répété l'expérience dans laquelle Pflueger montre que souvent il est plus difficile, chez le lapin maintenu dans un bain froid, d'obtenir un abaissement de la température du corps, que si, après un

court séjour dans un bain froid, on asperge l'animal avec de l'eau chaude.

Finkler et Pletzer sont toujours arrivés au même résultat. La température subit une diminution beaucoup plus rapide quand, au lieu de laisser les animaux longtemps dans un bain à 12° centigrades, on les en retire pour les soumettre à l'action de l'eau à 35° ou 40°, administrée en aspersion ou en immersion. La défervescence est encore plus marquée chez les lapins rendus fébricitants à l'aide d'injections de pus.

En même temps que la diminution de la chaleur animale, on note une réduction du processus d'oxydation.

Finkler pense que ces expériences peuvent donner lieu à des applications thérapeutiques. On a là un moyen sûr et rapide d'abaisser la température chez les malades atteints de fièvre, sans porter à leur calorification une atteinte aussi profonde qu'on ne le fait en recourant à des bains froids très prolongés ou d'une température anormalement basse.

J. B.

Hot water in the treatment of nervous diseases (Traitement des maladies nerveuses par l'eau chaude), par A. RANNEY (*New York med. journ., p.* 427 *et* 456, 1884).

Le traitement des maladies nerveuses par l'usage interne de l'eau chaude semble actuellement très en honneur en Amérique, et le travail de Ranney en montre bien la technique et les résultats.

Voici les règles du traitement :

L'eau doit être prise par doses de 1 verre à 1 verre et demi, dans des gobelets de bois pour éviter un refroidissement trop rapide, et par petites gorgées. Sa température doit être de 110 à 150° Far., en augmentant progressivement. Les doses doivent être prises 1 heure 1/2 avant le repas, et le soir au coucher. L'usage des boissons froides doit être en même temps proscrit, et le régime alimentaire restreint ou modifié suivant les cas. Ce n'est guère qu'au bout de six mois que les pleins effets de ce traitement peuvent être obtenus.

L'auteur a ainsi grandement soulagé un bon nombre de neurasthéniques, des cas d'anémie ou d'hyperémie de la moelle ou du cerveau, deux ataxiques et plusieurs gastralgiques.

Les résultats ont été non moins bons dans plusieurs cas de diabète sucré et d'affections rénales.

Dans la discussion qui suit la communication de Ranney à l'Académie de médecine de New-York, Seguin et Amidon contestent l'action de la thermalité de l'eau ingérée, et déclarent avoir obtenu les mêmes résultats par le traitement hydrique simple à l'eau froide. A. CHAUFFARD.

Des injections intra-parenchymateuses dans la tuberculose pulmonaire, par H. TRUC (*Lyon méd.*, 3 *mai* 1885).

Après un certain nombre d'expériences préliminaires chez le chien, Truc a fait chez des tuberculeux vingt-cinq injections intra-pulmonaires. Il se servait d'alcool à 90° créosoté (au 50e, 25e) — injectant de quelques gouttes à 15 et 20 centimètres cubes. Les résultats, au point de vue thé-

rapeutique, ont été peu marqués ; il n'y a pas eu d'accidents sérieux. Notons quatre fois de l'emphysème sous-cutané, deux fois une petite poussée pneumonique. Voici du reste les conclusions de cette note préliminaire:

1° Les injections intra-parenchymateuses d'alcool créosoté dans les poumons tuberculeux, faites loin du hile, à travers les deux premiers espaces intercostaux, n'ont eu d'autre résultat fâcheux qu'une douleur non constante et parfois une légère élévation de température.

2° Dans aucun cas l'inflammation provoquée par l'injection n'a paru déterminer de caséification ou exercer une action défavorable sur la marche de la tuberculose, alors même qu'on avait agi sur des lésions avancées.

3° L'absence de résultats satisfaisants dans ces dernières conditions porte à rejeter les injections dans les poumons dont les lésions sont étendues.

4° Les injections créosotées, chez quelques sujets atteints de lésions peu avancées, ont été suivies d'une certaine amélioration subjective et objective.

Il convient de faire des réserves sur leur valeur curative même dans les cas les plus favorables. A. CARTAZ.

I. — Sur les injections médicamenteuses dans la trachée, par BERGEON (*Congrès Assoc. française, Rouen*, 1883).

II. — Sulle iniezoni tracheali, par G. BRANCACCIO (*Archivii ital. di laring. anno IV, fasc.* 4).

I. — D'après Bergeon, les injections dans la trachée sont très bien supportées par les animaux ; elles donnent peu de troubles fonctionnels. Il est possible de faire chez l'homme de semblables injections, à la condition que l'aiguille-trocart soit pourvue d'un mandrin qui empêche l'oblitération dans le passage à travers les tissus. Il faut pratiquer l'injection dans le décubitus dorsal pour éviter la syncope.

L'auteur cite le cas d'un phtisique chez lequel il a pu pratiquer en 35 jours 25 injections de citrate de morphine.

II. — L'auteur a fait quelques expériences sur les injections trachéales. Il injectait chez des chiens 15 à 25 grammes de sang à la température ordinaire; l'injection était poussée d'un seul coup rapidement, en tenant l'aiguille obliquement dirigée en bas, ce qui évite tout rejet du sang et les accès de toux. Les chiens, rendus anémiques, exsangues au préalable, reprenaient rapidement des forces, sans présenter à aucun moment de manifestations inflammatoires des voies aériennes. A. C.

I. — D'un traitement spécifique de la diphtérie par la combustion d'un mélange d'essence de térébenthine et de goudron de gaz, par DELTHIL (*Acad. de méd.*, 25 *mars* 1884).

II. — Du traitement de la diphtérie par les fumigations de goudron et d'essence de térébenthine, par d'HEILLY, FÉRÉOL, CADET DE GASSICOURT (*Bull. Soc. des hôp.*, 21 *mai* 1884).

III. — *Idem*, **par DUJARDIN-BEAUMETZ** (*Ibid.*, 25 *février* 1885).

IV. — The blue gum steam treatment of diphteria (Fumigations d'eucalyptus), par Murray GIBBES (*Lancet, 1er septembre* 1883).

V. — Trypsin as a solvent of the diphteritic membrane, par van SYCKEL (*Med. Record, 21 février* 1885).

VI. — Traitement du croup par le brome, par MUSELLI (*Journ. de méd. de Bordeaux, 29 mars* 1884).

VII. — The specific treatment of diphteria and croup, par G. LINN (*New York med. journ., 24 mai* 1884).

VIII. — Some cases of diphteria treated by mercurials, par Ch. LANGE (*Med. news, p.* 196, 17 *février* 1883).

IX. — Traitement médical de l'angine pseudo-membraneuse, par COUETOUX (*Union méd.,* 6 *juillet* 1884).

X. — De l'emploi de la résorcine dans le traitement de la diphtérie, par LE BLOND (*Union méd.*, 6 *juillet* 1884).

XI. — Cocaine in diphteria, par Howard A. KELLY (*Med. news*, 25 *avril* 1885).

I. — L'auteur regarde cette médication comme véritablement spécifique. Les fumigations sont inoffensives, facilement supportées par le malade et son entourage et ne provoquent pas la toux. L'auteur a dû à l'application de cette méthode plusieurs succès, dont quelques-uns dans des cas désespérés.

Les fumigations, telles que les conseille Delthil, sont pratiquées de la façon suivante : dans un vase en métal placé près du malade, on verse en proportions déterminées du goudron de houille et de l'essence de térébenthine, et l'on enflamme le mélange ; il se produit une fumée extrêmement épaisse, au contact de laquelle se dissoudrait la matière grasse qui agglutine la fibrine des fausses membranes ; ces productions devenant fluentes, une expectoration copieuse s'établirait, qui les expulserait sous forme de mucosités catarrhales.

II. — Cinq enfants opérés du croup furent soumis aux fumigations. Une heure et demie après la première ils furent tous plus oppressés ; les fumigations répétées d'abord de deux en deux heures, furent espacées de trois en trois heures. Quatre moururent, le cinquième guérit. En échange de ce symptôme inquiétant, la dyspnée, les enfants n'ont présenté aucune amélioration locale, aucune tendance à l'expulsion des fausses membranes ; d'ailleurs des fausses membranes mises dans un verre et exposées aux fumigations n'ont pas subi la fluidification décrite par Delthil.

Féreol a observé une personne de 56 ans qui, après avoir donné ses soins à sa fille et à deux petits enfants, enlevés rapidement par la diphtérie, fut elle aussi prise d'angine, d'abord bénigne, puis étendue à tout l'isthme du gosier et au pharynx, les badigeonnages avec l'eau oxygénée n'empêchèrent pas la reproduction des fausses membranes ; le samedi 19 on commença les fumigations espacées toutes les deux heures ; dès le dimanche soir, les fausses membranes diminuèrent d'étendue, quand la fumigation commençait, la malade avait une salivation abondante, incessante, et un besoin de se débarrasser de mucosités bronchiques ; au bout de huit jours la guérison était complète ; les personnes qui veillaient n'ont pas été incommodées par la toux.

Cadet de Gassicourt rapporte le cas d'un enfant de 2 ans 1/2, chez qui s'étaient manifestés les symptômes asphyxiques du croup indiquant la nécessité de la trachéotomie ; le traitement de Delthil fut institué, très bien sup-

porté, et au bout de deux heures la respiration devint plus libre, et l'enfant expectora des fausses membranes dissociées.

III. — Une petite fille de 4 ans présentait tous les caractères de l'asphyxie la plus intense ayant débuté 24 heures avant. Pas de diphtérie pharyngée, pas d'adénopathie ; on fit brûler dans la chambre un mélange de 25 grammes de térébenthine avec 25 grammes de goudron de houille : toutes les 2 heures on renouvela cette quantité ; le lendemain amélioration très sensible due à l'expectoration d'un paquet de fausses membranes arborisées, rendues à la suite d'un vomitif donné dans la nuit, jusque-là aucun vomitif n'avait amené l'expulsion de débris pseudo-membraneux ; l'enfant guérit rapidement. Les fausses membranes rendues étaient couvertes d'un enduit noir dû à des particules charbonneuses. H. L.

IV. — Ce petit mémoire renferme la relation abrégée de 34 cas de diphtérie traités par les fumigations de feuilles d'eucalyptus et tous guéris, à l'exception d'un enfant de huit mois. Ces observations ont été recueillies pendant le cours d'une épidémie qui a sévi pendant les mois de novembre et décembre 1881 à New-Plymouth (Nouvelle-Zélande), et qui aurait fait de nombreuses victimes parmi les malades traités suivant les anciennes méthodes par les autres médecins de la localité. Tous les malades que l'auteur a eus à soigner ont été soumis à l'inhalation continue des vapeurs dégagées par une infusion bouillante de feuilles sèches d'eucalyptus globulus ; dans la plupart des cas il s'agissait de diphtéries graves, avec fausses membranes très étendues, adénopathies sous-maxillaires, propagation au larynx et aux voies aériennes ; au bout de quelques heures d'inhalation continue, les fausses membranes commençaient à se détacher, et souvent elles étaient rejetées par paquets ; toutefois elles ne tardaient pas à se reproduire et chez quelques malades leur disparition totale n'a eu lieu que le dix-huitième jour ; tous ont guéri sans incident fâcheux, à l'exception du petit enfant de huit mois qui n'a pu être soigné convenablement, ses cinq frères et sœurs ayant été pris simultanément et les parents n'ayant pu se procurer aucun aide.

Il est à remarquer que l'auteur n'a pas noté d'albuminurie chez ses malades, qu'il n'a pas eu de paralysies consécutives, ce qui permet de croire qu'il a eu affaire à des formes plutôt inflammatoires que véritablement toxiques ; ses résultats n'en sont pas moins remarquables. Il est tenté de les attribuer au moins autant à l'action locale émolliente et antiphlogistique de la vapeur d'eau, qu'à l'influence antiseptique de l'eucalyptus. H. BARTH.

V. — L'auteur recommande comme un excellant dissolvant des fausses membranes la trypsine, déjà employée avec succès par Lewis Smith de New-York et Keating de Philadelphie. La solution doit être employée sous forme de spray, tous les quarts d'heure. L'auteur recommande la formule suivante pour avoir rapidement la solution nécessaire. Ajouter à 50 centimètres cubes d'une solution d'acide salicylique au millième 5 grammes d'extrait de pancréas, faire digérer le mélange au bain-marie pendant quatre heures à une température de 37°, filtrer et ajouter un peu de bicarbonate de soude pour neutraliser l'acide. A. C.

VI. — Dans un cas de croup, survenu chez un enfant de 3 ans, et arrivé à la période asphyxique, l'auteur s'est servi d'une solution de brome au centième, dont il faisait prendre tous les quarts d'heure deux gouttes dans une cuillerée à café d'eau sucrée. Le traitement, commencé à onze heures, fut

cessé à six heures. La respiration était devenue plus facile et un vomitif permit à l'enfant de rejeter un assez grand nombre de fausses membranes. La guérison eut lieu. OZENNE.

VII. — Le traitement spécifique de la diphtérie par l'usage interne du bichlorure de mercure est actuellement en grande faveur aux États-Unis. Linn en proclame une fois de plus les bons résultats, à condition cependant que le médicament soit donné à doses suffisamment élevées; toutes les trois heures 1/20 à 1/12 de grain pour un enfant de 2 à 3 ans; 1/12 à 1/8 de grain pour un adulte. Le véhicule le meilleur serait un élixir de pepsine. En cas de croup suffoquant on se trouvera bien de l'usage simultané du chlorure d'or.

Est-il besoin de rappeler que le traitement de la diphtérie par les mercuriaux se trouve longuement étudié déjà dans les mémoires célèbres de Bretonneau et ne semble pas avoir jusqu'à présent donné chez nous de bien brillants résultats? A. CHAUFFARD.

VIII. — Lange a traité par les mercuriaux 43 cas de diphtérie, lui donnant 37 guérisons et 6 morts. Il est très enthousiaste de cette méthode qu'il applique avec énergie, donnant de 5 à 10 grains de calomel toutes les deux heures. Chez un enfant de 11 mois, on donna en sept jours et demi plus d'une once de calomel, sans effet nuisible. Il existe, dit l'auteur, une tolérance remarquable dans la diphtérie pour les sels de mercure.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de ce travail, les avis ont été fort partagés sur la valeur réelle de ce médicament dans le traitement de cette maladie.

IX. — L'auteur prescrit des badigeonnages au sulfure de sodium au 110e, 120e, toutes les heures, des fumigations avec les vapeurs de la solution suivante en combustion : acide phénique, 280 grammes; acide salicylique, 56; acide benzoïque, 112; alcool, 408. On donne en même temps à l'intérieur le chlorate de potasse, les toniques, excitants, etc.

X. — L'auteur publie quatre observations de diphtérie traitée par les applications locales de résorcine. On donnait en même temps le chlorate de potasse à l'intérieur. Toutes les heures on pratiquait des badigeonnages avec une solution glycérinée de résorcine au 10e. Trois des malades ont guéri; le quatrième, traité d'abord par les fumigations goudronneuses, puis trachéotomisé, avait eu une récidive sur la plaie trachéale; la résorcine fit disparaître les fausses membranes, mais le petit malade mourut de syncope au dixième jour.

XI. — L'auteur publie sommairement quatre observations d'angine diphtéritique, dont la guérison a été obtenue par les applications toutes les deux heures d'une solution (4 0/0) de chlorhydrate de cocaïne. La cocaïne agissait comme dissolvant de la fausse membrane, en même temps qu'elle diminuait ou faisait disparaître la douleur. A. C.

I. — Hydrochlorate of cocaine, par R. HALL (*New York med. Journal*, 6 *décembre* 1884).

II. — The hyd. of cocaine as a local anæsthetic in ophthalmic surgery, par Stedman BULL (*Ibid.*, 29 *novembre* 1884).

III. — Hydrochlorate of cocaine in minor surgery, par W. BURKE (*Ibid.*, 29 *novembre* 1884).

IV. — Hydrochlorate of cocaine in dermatological practice, par G.-T. JAKSON (*Ibid.*, 29 *novembre* 1884).

V. — La cocaïne en ophtalmologie, par BODONE (*Ann. d'oculistique, décembre* 1884).

VI. — Hydrochlorate of cucaine in diseases of the nose and throat, par Morell MACKENZIE (*Brit. med. Journ.*, *p.* 1188, *décembre* 1884).

VII. — Note on cuca, par Watson CAMPBELL (*Ibid., déc.* 1884).

VIII. — On the use of cucaine in combination with atropine in the treatment of certain diseases of the eye, par Lloyd OWEN (*Ibid., p.* 1189).

IX. — Cucaine as an anesthetic in ophthalmic surgery, par Franck HODGES (*Ibid.*)

X. — Cucaine in neuralgia, par W. MURREL (*Ibid.*)

XI. — The physiological action of cuca and cucaine, par Eber CAUDWELL (*Ibid., p.* 17, *janvier* 1885).

XII. — Contribuzione all'uso della cocaina come anestesico ed analgesico, par Pietro MASUCCI (*Arch. ital. di laring.*, 15 *mars* 1885).

XIII. — Note sur l'emploi de la cocaïne dans le traitement de la fistule à l'anus, par OBISSIER (*Bull. gén. de thér.*, 15 *janvier* 1885).

XIV. — The hyd. of cocaine in genito-urinary procedures, par Fessenden OTIS (*New York med. Journ.*, 6 *décembre* 1884).

I. — Des expériences répétées de Hall semble résulter ce fait important qu'une injection sous-cutanée de cocaïne (solution à 4 0/0) faite au voisinage d'un nerf détermine une analgésie complète dans toute la zone d'innervation sensitive de ce même nerf. C'est au moins ce que l'on a constaté pour le cubital, le musculo-cutané. De même, une injection interstitielle pratiquée à travers la muqueuse buccale, près du trou sous-orbitaire, analgésie la moitié correspondante, peau et muqueuse, de la lèvre supérieure, de la gencive supérieure, et les dents jusqu'à la première molaire. Une injection faite au niveau du nerf dentaire inférieur, à son entrée dans le canal osseux, analgésie la moitié correspondante de la langue jusqu'à l'épiglotte, du voile du palais, des gencives, ainsi que les dents correspondantes. Les opérations les plus douloureuses pratiquées en ces différents points ne provoquent aucune souffrance.

Quand la dose de cocaïne injectée est un peu forte (32 minimes) on observe des symptômes d'intoxication : vertiges, nausées intenses, sueurs froides, dilatation des pupilles; le tout disparaissant en même temps que l'analgésie, au bout d'une vingtaine de minutes.

II. — L'auteur résume une série de 10 cas où il a pu pratiquer sans douleur diverses opérations sur le globe de l'œil, les conjonctives ou les voies lacrymales (irido-kératites avec hypopyon, strabotomie, iridectomie, cataracte, chalazion, tumeur lacrymale). Mêmes résultats de complète analgésie pour trois paracentèses du tympan, et dans un cas de catarrhe aigu naso-pharyngé.

III. — Ablation sans douleur d'une balle de revolver, logée au-dessous

de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt, 24 heures après l'accident, et alors que la main était déjà le siège d'un gonflement inflammatoire considérable. L'analgésie avait été obtenue au moyen de deux injections interstitielles de cocaïne, faites au niveau même du point où s'était arrêtée la balle.

IV. — Un cas d'épilation électrolytique, faite sans provoquer la moindre douleur, au niveau de la sous-cloison et du menton; analgésie obtenue cinq minutes après une onction locale faite avec une pommade de cocaïne à 4 0/0. A. CHAUFFARD.

V. — Le chlorhydrate de cocaïne (à 2 ou 5 0/0) insensibilise les parties de l'œil dont il atteint les extrémités nerveuses périphériques. La cornée et la conjonctive occupent le premier rang parmi les tissus de l'œil susceptibles d'une insensibilisation complète; viennent ensuite la sclérotique, les muscles et les parties profondes. L'action de la cocaïne est cumulative; elle diminue à mesure qu'on se rapproche du bord palpébral; elle s'étend aux voies lacrymo-nasales; l'iris échappe à cette action quand le médicament est appliqué sur la conjonctive. Sous l'influence de la cocaïne la sensibilité des parties profondes est au moins amoindrie si elle n'est pas abolie.

La cocaïnisation de l'œil favorise l'action myotique de l'ésérine.

La cocaïne dilate la pupille pour un temps relativement court, une à quelques heures.

De ce qui précède on pourrait, dit l'auteur, tirer les conclusions suivantes :

1° A de très rares exceptions près, l'anesthésie générale est destinée à disparaître de la chirurgie oculaire;

2° Il n'est plus guère permis de pratiquer aucune opération sur les yeux sans recourir à la cocaïne. A. TROUSSEAU.

VI. — Relation d'une plaie de la sclérotique produite par un éclat de fer chaud dans l'œil. Instillation de cocaïne qui insensibilise la petite plaie, lavages boriqués, guérison par première intention.

VII. — Résumé de six cas de névralgie sus-orbitaire guéris très rapidement par l'usage d'injections sous-cutanées de cocaïne : dose, 1 à 3 centigrammes. Anesthésie instantanée, suppression de la douleur pendant 10 à 12 heures consécutives.

VIII. — Morell Mackenzie se loue de l'emploi de la solution de cocaïne à 20 0/0 dans les opérations d'extraction de polypes du nez et dans les cas de dysphagie par ulcérations tuberculeuses du pharynx.

IX. — Campbell se sert depuis longtemps d'une teinture de feuilles de coca qui est à la fois un tonique et un sédatif du système nerveux. Il l'emploie avantageusement dans les cas d'insommie, d'affaiblissement cardiaque, de menaces de syncope, aussi bien comme topique local et comme anesthésique.

X. — L'auteur, pour prolonger l'action anesthésique de la cocaïne dans les opérations de chirurgie oculaire, associe le médicament avec l'atropine. Le soulagement est à la fois plus immédiat et plus durable.

XI. — L'intérêt de cette communication réside dans la démonstration que la cocaïne, qui, à petite dose ($0^{gr},05$), est sédative et provoque le sommeil, devient, à plus forte dose ($0^{gr},12$), un excitant du cerveau, amenant l'insomnie, le délire et des vertiges. L'auteur a fait des expé-

riences sur lui-même. En même temps qu'une céphalalgie sus-orbitaire, il a éprouvé une sensation de défaut d'équilibre. La mydriase est alors constamment la règle. Du reste, même à haute dose, la cocaïne ne paraît pas toxique. H. R.

XII. — L'auteur passe en revue les applications variées que l'on a faites de ce nouveau médicament et montre que les résultats ont été assez différents. Pour son compte, il a rarement constaté les effets surprenants annoncés de divers côtés.

Il a expérimenté cet anesthésique chez des sujets en bonne santé, employant la solution à 20 0/0; les badigeonnages faits, suivant les indications de Jellinck et autres, sur la luette, le voile du palais, la partie postérieure du pharynx, n'ont donné tantôt qu'une anesthésie légère et de courte durée, tantôt aucune anasthésie.

Dans deux cas d'ablation de polypes du nez, les résultats ont été meilleurs. Mais dans les opérations endolaryngées, Masucci n'a pas obtenu les effets indiqués. Employée pour calmer les douleurs de la laryngite aiguë, de la tuberculose laryngée, la solution de cocaïne n'a donné qu'un répit très passager; elle est bien inférieure aux applications d'iodoforme.

Pour Masucci la cocaïne, dans la pratique rhino-laryngée, est un anesthésique et un analgésique de médiocre valeur. Ces résultats sont probablement dus à une sorte de prédisposition individuelle d'idiosyncrasie anticocaïnique. A. C.

XIII. — Dans un cas de fistule à l'anus avec douleur très vive, une injection sous-cutanée de 4 centigrammes dans la région anale, non seulement a fait disparaître l'algésie, mais encore l'anesthésie locale a été telle qu'on a pu facilement pratiquer la dilatation forcée, opération pour laquelle beaucoup de praticiens rejettent l'anesthésie par le chloroforme. Les effets anesthésiants de la cocaïne sont bien plus puissants sur la muqueuse de l'anus que sur celle du pharynx. B. FÉRIS.

XIV. — L'auteur rapporte une série de faits où il a employé la cocaïne en instillations urétrales, au moyen de solutions à 4 0/0 aqueuses, ou faites avec de l'huile d'amandes douces. Il a pu ainsi, sans provoquer la moindre douleur, pratiquer dans des urètres très irritables le cathétérisme, la divulsion, la lithotritie, l'élargissement du méat.

A. CHAUFFARD.

I. — De l'action de l'antipyrine, par KOSTYLEFF (*Mediz. Obozrenié, n°* 21, 1884).

II. — De l'antipyrine dans la fièvre typhoïde et la pneumonie, par MITROPOLSKY (*Ibid., n°* 21, 1884).

I. — Kostyleff a administré l'antipyrine dans la fièvre rémittente, la fièvre typhoïde et la phtisie. Il conclut de ses observations que l'antipyrine est un antipyrétique puissant, mais qu'il faut la donner à larges doses, 1gr,50 (1re dose), suivi de plusieurs doses de 75 centigrammes à intervalle d'une heure.

La faiblesse cardiaque ne contre-indique pas son emploi.

C'est un médicament en général mal supporté, produisant des nausées, des vomissements. Administré en lavement, il produit des effets beau-

coup moins marqués. Les enfants supportent l'antipyrine mieux que les adultes; les sueurs sont peu abondantes chez eux.

II. — 2 cas de fièvre typhoïde, un cas de pneumonie, traités par l'antipyrine. L'auteur vante les bons effets obtenus. HOLSTEIN.

Antipyrine and its effects, par W. H. DRAPER (*New York Acad. of med. 2 avril* 1885).

Draper a administré l'antipyrine dans vingt cas de fièvre typhoïde, dont 15 ont guéri; il la donnait d'après la méthode de Filehne. Dans sept cas il y eut de la diarrhée; six fois des sueurs abondantes, six fois un rash érythémateux ressemblant à la rougeole. Chez un malade, mort au trentième jour, la dose d'antipyrine absorbée a été de 350 grammes; chez un autre malade, très gravement atteint, mais guéri, on a donné 334 grammes en 23 jours.

Au point de vue de la défervescence pyrétique, la chute la plus marquée a été de 39°,9 à 36°,9. Dans deux cas l'antipyrine a agi plus favorablement que les bains froids. Il est juste de dire que les cas observés par Draper ont été des plus graves; chez un malade (mort) la température monta à 42°; chez un autre (guéri), à 41°,5.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de cette note, Boldt dit avoir donné l'antipyrine dans deux cas de septicémie puerpérale; et l'administration de ce médicament a été suivie de prostration très marquée, demi-comateuse, avec symptômes ressemblant à ceux de l'empoisonnement phéniqué.

Peabody recommande la méthode hypodermique toutes les fois qu'il y a intolérance gastrique ou une contre-indication à l'ingestion stomacale.

A. C.

I. — De l'agaricine comme antisudorifique, par PRÖBSTING (*Cent. f. klin. Med. n°* 6, 1884).

II. — *Idem*, **par X. FRANCOTTE** (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège*, 1885).

I. — Pröbsting obtient avec un centigramme d'agaricine des effets équivalents à ceux fournis par 5 dixièmes de milligramme d'atropine. Il n'a observé que deux fois des effets secondaires (nausée, céphalalgie).

II. — Francotte prescrit l'agaricine en granules de 5 milligrammes à 1 centigramme. Après l'administration d'un ou deux granules, on observe une légère diminution des transpirations, mais il faut arriver à des doses bien plus élevées pour obtenir la suppression complète. Il n'a pas noté d'effets secondaires désagréables même chez des malades qui prenaient 14 centigrammes par jour.

Il a employé l'agaricine pour combattre les sudations provoquées par l'antipyrine. D'après ses observations l'agaricine a une action antisudorifique certaine, mais inconstante; les doses doivent varier beaucoup suivant les sujets. A. CARTAZ.

I. — Note sur un cas de pneumonie double traitée avec succès par la pilocarpine, par H. MOLLIÈRE et Jules FOCHIER (*Lyon méd.*, 8 *mars* 1885).

II. — Pneumonia in high altitudes and its treatment with jaborandi, par J.-W. BROWN (*Journal of the American med. Ass.*, 7 *mars* 1885).

I. — Un jeune homme de 18 ans entre à l'hôpital pour une dysenterie aiguë accompagnée d'une néphrite; les urines contiennent une grande quantité d'albumine. Le lendemain de son entrée, on constate les signes d'une pneumonie droite, puis deux jours plus tard, une pneumonie gauche. L'atteinte des deux poumons, la violence des symptômes dysentériques et de l'albuminurie rendent l'état des plus graves, en dépit du traitement le mieux approprié. Oppression extrême : on fait une injection d'un centigramme de pilocarpine. Le nombre des respirations tombe à 24 ; à la 2e injection le lendemain, la dyspnée diminue sous l'influence de la salivation et des sueurs profuses. Trois injections suffisent en 3 jours pour amener un amendement très marqué dans les symptômes thoraciques.

Il y eut une nouvelle rechute de dysenterie, mais sans gravité; au 15e jour, la pneumonie était en voie de résolution complète. On n'eut plus à s'inquiéter que de la néphrite ; l'albuminurie ne disparut complètement que deux mois plus tard.

II. — L'auteur signale la fréquence et la gravité de la pneumonie chez les populations habitant des régions élevées (de 7 à 10,000 pieds au-dessus du niveau de la mer). Il rapporte quatre observations où il a employé dès le début l'extrait de jaborandi, et il attribue à la transpiration profuse qui a suivi l'administration du médicament l'avortement ou la guérison rapide de la maladie dans ces quatre cas. La lecture de ces observations laisse quelques doutes sur la réalité de l'existence d'une pneumonie ; deux des malades ont été, par exemple, traités quelques heures ou aussitôt après un frisson violent. Brown ne discute pas l'hypothèse d'un accès paludique avec congestion pulmonaire. A. CARTAZ.

Atropine in severe electric shock, par William-E. EGGLESTON (*Med. Record, New York*, 1er *janvier* 1885).

L'auteur rapporte trois observations de choc électrique traité avec succès par les injections d'atropine.

1° Jeune homme frappé d'un coup de foudre ; le fluide semble avoir frappé d'abord la région temporale. Le malade fit quelques pas, puis tomba dans un état de résolution complète. Pouls et respiration extrêmement ralentis, pupilles dilatées, insensibilité absolue. Pas de traces de brûlures, ni sur le corps, ni sur les vêtements. Injection de 1/80 de grain de sulfate d'atropine, répétée trois fois à deux heures d'intervalle. Accélération du pouls sous son influence, mais impossibilité d'avaler ; la déglutition provoque un spasme pharyngé et des convulsions générales. Des lavements stimulants furent alors administrés, et, au bout de six heures, le malade reprenait connaissance, se plaignant de douleurs dans la tête, le bras droit, la région iliaque gauche, et de photophobie. Le lendemain, hémorragie intestinale. Le repos, le séjour dans l'obscurité, amendèrent les symptômes cérébro-oculaires, mais il fallut trois mois avant la disparition complète des accidents ;

2° Dans le second cas, le malade reçut le choc d'une machine dynamo-électrique ; il put faire également quelques pas avant de perdre connaissance. Les mains et les doigts étaient dans la flexion forcée, la tête renversée en arrière, les pupilles dilatées. Même traitement. Le rétablissement fut rapide.

3° Chez le troisième malade, la commotion provenait du contact d'un fil électrique pour éclairage. Le malade conserva aussi assez longtemps de la photophobie et une grande faiblesse dans les membres inférieurs. A. C.

Mittheilung über das Chininum amorphum boricum, par FINKLER et PRIOR (*Deutsche med. Woch.*, n° 6, 1884).

Les auteurs recommandent le borate de quinine comme antipyrétique et antipériodique. Ils l'administrent à la dose de 50 centigrammes ou 1 gramme par heure sans provoquer jamais de nausées ni de troubles gastriques. Les malades accusent moins de bourdonnements d'oreilles qu'avec les autres sels de quinine. D'une façon générale les effets sont comparables à ceux que fournissent ces préparations, mais l'avantage du borate de quinine réside surtout dans la modicité de son prix.

Les expériences des auteurs ont porté sur cinq cas de fièvre typhoïde, un de septicémie, trois de pneumonie franche et sur un grand nombre de cas de phtisie, et partout les résultats ont été favorables. Une névralgie intermittente du trijumeau a été guérie rapidement par le borate de quinine.

Comparée à la chinoline et à la kairine, ce médicament mérite la préférence.

L. GALLIARD.

I. — Ueber Heilbarkeit und Behandlung der Tabes dorsalis (Sur la curabilité et le traitement du tabes dorsalis), par B. EULENBURG (*Berliner klin. Wochenschrift*, n° 1, *p.* 4, *et* n° 2, *p.* 24, 1883, *et* n° 42, 1882).

II. — Ueber Heilbarkeit der Tabes dorsalis (Sur la curabilité du tabes dorsalis), par LE MÊME (*Congrès de Copenhague, août* 1884).

III. — Tabes dorsalis, symptomatische Heilung nach innerer Verabreichung von Nitrat Argenti (Tabes dorsalis. Guérison symptomatique à la suite de l'administration interne du nitrate d'argent), par BOKAI (*Deutsche medizin. Zeitung*, n° 4, 1884).

IV. — Zur Pathologie und Therapie der Tabes dorsalis (Sur la pathologie et le traitement du tabes dorsalis), par Th. RUMPF (*Berliner klin. Wochenschrift*, n° 4, *p.* 50, 1883).

V. — De Behandlingsmethode van Rumpf (La méthode de traitement de Rumpf), par NIERMEIJER (*Weekbl. van het Nederl. Tijdschr.*, n° 14, *p.* 256, 1884).

VI. — Mittheilungen aus der medicinischen Abtheilung, etc., par R. SCHULZ (*Deut. Arch. für klin. Medicin, Band XXXV*, *p.* 458, 1884).

VII. — Nervsträcknin (Élongation nerveuse), par Tvar SVENSSON (*Arsberaettelse from Jabbatsbergs sjukhns i Stokolm fur* 1882. *Stockolm*, *p.* 127, 1883).

VIII. — Ein Fall von Nervendehnung bei Tabes dorsalis (Élongation nerveuse dans un cas de tabes dorsalis), par ROSENSTEIN (*Archiv für Psychatrie und Nervenkr.*, *t. XV*, *fasc.* 1, *p.* 72, 1884).

IX. — Dangers du seigle ergoté dans l'ataxie locomotrice progressive, par GRASSET (*Progrès médical*, 17 *mars* 1884).

I. — Sur plus de 300 tabétiques qu'il a soignés depuis une vingtaine d'années, Eulenburg a noté seulement chez 3 d'entre eux la disparition de tous les symptômes caractéristiques et la persistance de la guérison pendant des années. Voici le sommaire de ces 3 faits :

1er *cas.* — Homme de 53 ans traité uniquement par les pilules de nitrate d'argent de 3 milligrammes ; d'abord 3, puis 5 pilules par jour. Le malade a pris en tout 2gr.30 du sel d'argent dans l'espace de 5 mois 1/2. Cinq ans plus tard, la guérison s'était maintenue, lorsque cet homme s'est suicidé à la suite de chagrins de famille.

2e *cas.* — Homme de 27 ans. Après 4 mois de galvanisation, le traitement fut complété par une cure hydrothérapique.

3e *cas.* — Femme de 45 ans chez laquelle la maladie avait paru débuter à la suite d'une exposition au froid et à l'humidité. La médication a consisté en galvanisations quotidiennes, application des tubes dorsaux de Chapman (qui agissent par soustraction prolongée de chaleur locale) et bains tièdes à 26° R. La guérison se maintient depuis 8 ans.

Eulenburg croit que l'inefficacité du nitrate d'argent s'explique parce qu'il arrive parfois dans l'intestin sans s'être décomposé. Aussi maintenant, au lieu de le prescrire à l'intérieur, administre-t-il en injections sous-cutanées l'hyposulfite d'argent sodique (0gr,1 de chlorure d'argent sciemment précipité, 0gr,6 d'hyposulfite de soude et 20 grammes d'eau distillée).

II. — Dans sa récente communication au congrès de Magdebourg, Eulenburg a rappelé que des observateurs dignes de foi ont cité des exemples de guérison de tabes dorsalis, ce mot de guérison devant être pris dans l'acception clinique ; c'est-à-dire qu'il s'agissait, dans ces cas, d'une disparition complète et durable des symptômes caractéristiques du tabes. Mais ce mode de terminaison est extrêmement rare. Eulenburg en a cité comme preuve, que dans le cours d'une pratique de vingt années et sur un ensemble de 500 malades chez lesquels le diagnostic de tabes dorsalis avait pu être porté avec une grande assurance, il ne s'en est trouvé que 5 pouvant être considérés comme des exemples de guérison dans le sens clinique, ce qui donne une proportion de 1 sur 100. Il a ajouté qu'en plaçant les malades dans de bonnes conditions d'hygiène et en mettant plus d'insistance dans l'emploi des moyens thérapeutiques, on obtiendrait un plus grand nombre de ces guérisons.

Il ne semble pas d'ailleurs, à en juger par les faits connus, que, parmi les traitements prônés contre le tabes, il s'en trouve dont l'efficacité soit plus certaine que pour d'autres. Sur les 5 cas de guérison mentionnés par Eulenburg, on avait eu recours : dans un cas à l'administration interne du nitrate d'argent; dans un autre à l'hydrothérapie; dans deux autres à la galvanisation ; dans le dernier au traitement spécifique.

Eulenburg ne croit pas qu'on puisse obtenir une guérison dans le sens anatomo-pathologique du mot.

III. — *Bokai* prescrit le nitrate d'argent sous la forme pilulaire ; mais il fait enrober les pilules dans de l'argile blanche avec addition d'un peu d'eau, et il ne fait confectionner à la fois que le nombre de pilules nécessaire pour un court délai. Grâce à l'enveloppe argileuse, le nitrate d'argent échappe à la réduction. Pour empêcher sa transformation en chlorure au contact d'une grande quantité de suc gastrique, Bokai recommande aux malades de prendre les pilules à jeun, et d'ingurgiter immédiatement après un peu de lait ; il se forme ainsi une combinaison d'argent et de caséine très soluble dans les acides chlorhydrique et lactique, et qui se résorbe avec une grande facilité. E. R.

IV. — *Th. Rumpf*, sur 27 ataxiques soumis à ses soins, a constaté une proportion de 66 0/0 de syphilitiques, et, ainsi que Fournier en a déjà fait la remarque, tous les tabétiques syphilitiques paraissent n'avoir eu que des phénomènes d'infection extrêmement bénins et par conséquent n'avaient été l'objet que d'un traitement peu prolongé et peu énergique.

Rumpf traite les tabétiques par le pinceau faradique. Il a déjà été publié (*Neurolog. Central.* 1882, nos 1 et 2) l'observation de 2 ataxiques à peu près complètement guéris par cette médication.

Dans le travail actuel, il relate 4 nouveaux faits d'ataxie non syphilitique soignés de la même façon avec des succès divers :

Dans l'ataxie syphilitique ni le traitement spécifique seul, ni le pinceau faradique employé seul, ne lui ont donné de bons résultats : il en est venu à combiner les deux modes de traitement.

Voici comment il pratique la faradisation. L'anode du courant d'induction de fermeture est placée sur le sternum et la cathode (pinceau) sur le dos et les membres, de façon à faire rougir vivement tous les points. La force du courant doit être telle que l'impression ressentie par le malade soit intermédiaire entre la sensation simple et la sensation douloureuse. L'application dure 10 minutes.

Rumpf explique le mode d'action du pinceau faradique par un triple mécanisme : 1° action anodine ; 2° retour de la sensibilité (Vulpian) ; 3° action réflexe : l'irritation des nerfs périphériques détermine des troubles dans la circulation des organes centraux. J. B.

V. — *Niermeijer* a employé la méthode de traitement de Rumpf chez un certain nombre de tabétiques, et les résultats qu'il a obtenus sont, dit-il, encourageants, moins pourtant que dans les cas où le traitement était employé contre des états morbides en rapport évident avec des troubles circulatoires de l'encéphale.

VI. — *R. Schulz* rapporte l'observation d'un homme de 38 ans qui avait eu un chancre mou en 1874. En 1879, parésie passagère de la jambe gauche, céphalalgie et paralysie des muscles de l'œil à droite. En 1883, on constate les symptômes d'un tabes dorsalis grave.

Parésie des jambes, avec incoordination motrice, abolition de la sensibilité musculaire, abolition des réflexes patellaires, troubles de la sensibilité aux jambes, parésie vésicale, etc.

Le malade fut traité par l'iodure de potassium (1gr,5 par jour), par les injections sous-cutanées de sublimé (0gr,01 tous les deux jours) et par les bains salins. Ce traitement amena une prompte amélioration, telle que le malade pouvait de nouveau marcher. L'état de la sensibilité s'était amélioré également, mais l'abolition des reflexes tendineux subsistait.

VII. — Chez deux tabétiques, Svensson a pratiqué l'élongation des deux nerfs sciatiques. Chez l'un d'eux l'opération eut pour résultat d'élever la température des membres inférieurs et de régulariser les fonctions de la vessie et du rectum, résultat éminemment passager, car au bout de six mois l'état du malade était le même qu'avant. Dans le second cas, l'opération n'eut guère que des suites fâcheuses (secousses convulsives violentes dans les membres inférieurs, décubitus). Voilà des résultats qui justifient la condamnation prononcée contre ce procédé de traitement par les principaux neurologistes.

VIII. — L'observation rapportée par Rosenstein est encore plus con-

cluante : l'élongation des deux nerfs sciatiques chez un tabétique âgé de 41 ans entraîna à sa suite un phlegmon avec suppuration prolongée qui fit mourir le malade d'épuisement. Quant aux effets immédiats de l'opération, ils consistèrent en une diminution marquée de l'analgésie et de l'anesthésie musculaire; l'anesthésie tactile subsista. De plus, le malade vint en proie à des douleurs assez violentes dans les mollets, à des contractures dans les fessiers, à de la parésie vésicale.

Suit une relation très détaillée des constatations neuroscopiques; la délimitation des lésions spinales, qui étaient limitées à certains districts des cordons postérieurs, parle en faveur de la nature systématique du tabes. E. RICKLIN.

IX. — M. L..., âgé de 38 ans, a commencé à présenter, il y a deux ans, des signes prémonitoires de l'ataxie, paralysie de la troisième paire, douleurs fulgurantes dans les membres, au rectum, et enfin l'incoordination motrice. Deux saisons passées à la Malou amenèrent une amélioration notable ; à la fin de l'hiver, le malade se trouve un peu lourd et fatigué, et d'après les conseils de M. Charcot prend de l'ergot de seigle, 0gr,25 d'abord, puis en augmentant de 0gr,05 par jour, jusqu'à 1 gramme; il devait prendre 3 jours de suite cette dose, puis suspendre le traitement ; le deuxième jour de la dose d'un gramme, il est paralysé des 4 membres et de la voix ; la sensibilité est émoussée dans les membres paralysés, même aux bras, qui avaient toujours été intacts jusque-là ; il n'éprouve pas de douleur ailleurs. La suspension immédiate de l'ergot amène une grande amélioration. Au moment de l'examen, les bras sont à peu près dégagés, la voix est revenue.

L'auteur rapproche ce cas des faits d'ergotisme publiés par Tuczek, où plusieurs autopsies ont montré des lésions systématisées aux cordons de Burdach. H. L.

La pepsine et les peptones dans le traitement du diabète, par A. de GIOVANNI (*Medicina contemporanea, janvier* 1884).

On peut rencontrer un certain nombre de diabétiques qui, soumis à la diète carnée, voient néanmoins la quantité de sucre dans les urines ne pas diminuer, dont la nutrition dépérit assez vite, et chez lesquels on peut attribuer ces phénomènes à une altération fonctionnelle de l'estomac. On arrive alors à relever rapidement l'organisme par l'administration de la pepsine et des peptones. FÉRIS.

I. — Traitement de la dyspepsie par les peptogènes, par HERZEN (*Revue médicale de la Suisse romande, IV, p.* 111, *février* 1884).

II. — Du traitement de l'ulcère simple de l'estomac, par DEBOVE (*Société méd. des hôpitaux*, 7 *mai* 1884).

I. — Le bouillon de viande mérite d'être réhabilité, car il est peptogénique, à condition toutefois d'être préparé d'une certaine façon. La viande ne doit pas être trop fraîche ; il faut la mettre d'abord dans l'eau froide et la réchauffer lentement. Alors l'albumine se transforme en syntonine et ne coagule plus à l'ébullition. La cuisson en outre peptonise une certaine quantité d'albumine qui passe ainsi dans le bouillon.

Un cas de cholérine violente chez un enfant de six semaines a été guéri avec du bouillon concentré fait dans la marmite de Papin.

La dextrine est un autre agent excellent contre la dyspepsie. En lavement, mode d'administration le plus facile, elle agit aussi bien que si elle est prise par la bouche.

Le bouillon doit être bu, ou le lavement de dextrine pris, une demi-heure avant le repas.

Herzen pense qu'en faisant cuire la dextrine avec du bouillon on pourrait obtenir un effet double. J. B.

II.—Debove a constaté parfois les inconvénients du traitement classique par le régime lacté, les alcalins, etc., et a vu survenir plus d'une fois la dilatation de l'estomac, ce qu'il attribue à la grande quantité de liquide que doit ingérer le malade ; aussi conseille-t-il le régime suivant : trois repas par jour composés chacun de 25 grammes de poudre de viande délayée dans du lait ou de l'eau aromatisée, et additionnée de la poudre composée suivante : magnésie calcinée, 1 gramme ; craie préparée, 2 grammes ; saccharure de chaux, 1 gramme. Immédiatement avant ce repas le malade ingère un cachet contenant 2 grammes de bicarbonate de soude ; un quart d'heure après le repas, 4 grammes de bicarbonate de soude. Il ne conseille pas de prendre plus d'un litre ou d'un litre et demi de lait par jour, additionné de 4 à 6 grammes de saccharure de chaux, et encore doit-on le prendre par petites quantités à la fois. H. L.

Réflexions sur le traitement diététique de l'obésité, par ENGEL (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, n° 9, 1884).

D'une façon générale, on prescrit dans le traitement de l'obésité l'abstention formelle des corps gras (Chambers, Banting, etc.). Cependant récemment Ebstein a protesté contre « ces cures par refus de graisse », et a cherché à ramener sur ce point la thérapeutique aux préceptes d'Hippocrate, qui commandait aux gens qui voulaient maigrir de manger des aliments gras, mais de supprimer les féculents.

Engel soutient cette opinion, et par quelques remarques tend à prouver que l'observation et les théories actuelles sur le mécanisme de la nutrition le plus en faveur viennent appuyer cette manière de voir très ancienne, mais très oubliée. A. MOSSÉ.

La teinture d'iode dans le traitement du choléra, par SENISE (*Riv. clin. e terap.*, *novembre et décembre* 1884).

La teinture d'iode est un anticholérique. Elle peut être employée aussi à titre de préventif dans une potion avec du cognac et du landanum ; dans ce cas, tous ceux qui se sont servis du préservatif, sans exception, ont été préservés du fléau. Cette efficacité de l'iode s'explique quand on songe qu'au microscope les microbes qui résistent à une solution phéniquée à 10 0/0, périssent instantanément dans une solution d'iode au centième. Il y a, naturellement, indication de désinfecter les selles cholériques avec cet agent. FÉRIS.

I. — Des lavements phéniqués dans la dysenterie, par SCHTCHEGLOFF (*Russkaia med.*, n° 31, 1884).

II. — *Idem*, par KAMPF (*Ibid.*, n° 48, 1884).

I. — Schtchegloff a traité 12 cas de dysenterie par les lavements phéniqués (1 sur 500); chez plusieurs, il y avait eu insuccès des médications ordinaires. Six malades quittaient l'hôpital après trois jours; trois autres étaient guéris le 4e jour; un le 6e; un le 9e; un le 10e jour. Chez tous, les symptômes s'amendèrent dès le premier lavement.

II. — Relation de huit cas de dysenterie aiguë traités par la méthode précédente. Il suffit de deux ou trois lavements pour amener la guérison. A. C.

Creasote water as a local anesthetic, par E. R. SQUIBBS (*Ephemeris*, *mars* 1885).

L'auteur regarde comme le meilleur topique pour les brûlures l'eau créosotée à 1 0/0 ou moins, suivant la susceptibilité des sujets. Appliquée au moyen de compresses de mousseline, cette eau amène le soulagement de la douleur en cinq à dix minutes. A. C.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (1883-1884), par S. JACCOUD (*Paris*, 1885).

Dans l'ensemble des 34 leçons publiées, on peut distinguer deux séries distinctes par leurs tendances et leur objet; les unes sont essentiellement consacrées à l'analyse clinique appliquée à de délicates questions de séméiotique et de diagnostic. Les autres partent également de l'examen clinique du malade, mais pour s'élever à la discussion de hautes questions doctrinales.

Au premier groupe, on peut rattacher une série de leçons consacrées aux cirrhoses biliaires et veineuses, aux kystes hydatiques du foie, à un cas d'anévrisme de l'aorte ascendante; d'autres leçons sont dévolues à l'étude de ce phénomène si précieux en clinique, quand il est bien analysé et bien compris, le pouls veineux.

Puis viennent des pages entièrement personnelles, et qui représentent le fruit de longues et importantes recherches sur des questions toutes nouvelles; je veux parler du pneumothorax partiel et du diagnostic des adhérences pariétales du poumon, du faux pneumothorax ou pyopneumothorax sous-phrénique, de l'abcès sous-phrénique avec ses deux conséquences possibles, la pleurésie purulente ou la vomique. Notons spé-

cialement le chapitre consacré à l'étude de l'exploration méthodique et de la séméiologie de l'espace semi-lunaire, avec tous les enseignements que l'on en peut tirer pour l'appréciation de l'abondance et de la situation d'un épanchement pleurétique gauche, ainsi que pour la délimitation sur le vivant des adhérences costo-diaphragmatiques, si importantes à reconnaître au point de vue de la thoracentèse. Bien des fois, malheureusement, comme le montrent les faits rappelés par M. Jaccoud, l'omission de cette exploration méthodique de l'espace semi-lunaire a entraîné de véritables désastres opératoires : ponction du cœur, pénétration à travers les adhérences costo-diaphragmatiques, dans la cavité péritonéale, etc. On ne saurait donc trop attirer l'attention sur tout ce chapitre de séméiologie, et sur les propositions suivantes de l'auteur : « L'espace semi-lunaire peut être altéré, en cas de pleurésie gauche actuelle ou antérieure, par un épanchement sous-mammaire, par une symphyse phréno-costale épaisse, par des fausses membranes minces et fragmentées. Dans les deux premiers cas, le tympanisme est remplacé par de la matité, et la distinction de ces deux conditions si différentes ne peut être faite que par l'étude de la mobilité respiratoire de la région ; en aucun cas, on ne doit admettre l'effusion liquide sous-mamelonnaire, en se fondant uniquement sur la matité. Dans la troisième éventualité, les résultats de la percussion sont variables, mais il y a des frottements pleuraux, et le diagnostic est par là même fixé. »

Au second groupe appartiennent les leçons sur la chlorose fébrile, sur le traitement par le tartre stibié du rhumatisme articulaire à caractère viscérale, sur l'endocardite infectieuse, sur un cas d'oreillons graves et infectieux ; puis une série de leçons résument une partie des longues études de l'auteur sur la fièvre typhoïde, sur la marche de la température et sur les rechutes dans cette maladie, sur la forme ambulatoire et, dans son cours, sur une cause non encore décrite de mort rapide par coup de sang pulmonaire.

Quant aux leçons dévolues à l'étude de la forme sudorale de la fièvre typhoïde, la nouveauté du sujet, aussi bien que la minutieuse précision de la description clinique, en rendent l'analyse sommaire bien difficile, car, en pareil cas, tous les détails ont leur prix. On trouvera là les premiers faits et les premiers tracés recueillis en France de cette curieuse forme morbide.

Nous ne pouvons qu'énumérer, alors que nous voudrions longuement analyser ; mais au moins voulons-nous, en terminant, signaler les leçons si actuelles par leur sujet, et en même temps si élevées et si médicales, que M. Jaccoud a consacrées aux pneumonies infectieuses et à la phtisie pulmonaire, envisagées au point de vue des doctrines microbiennes. Partout ressort la démonstration du rôle prépondérant de l'organisme dans l'évolution de ces maladies infectieuses, ainsi bien que dans la fixation des indications thérapeutiques.

Bien que nous n'ayons pu que souligner les chapitres les plus importants, nous en avons dit assez pour montrer quelle est la valeur de ces leçons cliniques ; elle sera, croyons-nous, hautement appréciée de tous.

A. CHAUFFARD.

Prophylaxie et géographie médicale des principales maladies tributaires de l'hygiène, par Léon POINCARÉ (*Un vol. in-8° de 500 pages, Paris,* 1884).

L'ouvrage de Poincaré est conçu d'après un plan assez ingénieux. Prenant aux livres spéciaux de géographie médicale ce qu'ils peuvent avoir d'utile pour la prophylaxie, aux épidémiologistes les règles de répression administrative des maladies populaires, aux hygiénistes les mesures individuelles, illustrant le tout de nombreuses cartes géographiques, Poincaré est arrivé à faire un livre un peu inégal, parfois incorrect ou incomplet, mais qui rendra certainement des services. Chacune des maladies considérées comme principalement tributaires de l'hygiène est l'objet d'un chapitre spécial divisé lui-même en deux parties distinctes, quoique corrélatives : la géographie médicale de la maladie et sa prophylaxie, cette dernière s'appuyant sur la première. Pour chacune de ces maladies, le texte est appuyé par une carte particulière.

Comme classification entre elles, elles sont rapportées à trois groupes correspondant à trois ordres bien distincts de conditions hygiéniques :

1° Les maladies *d'origine miasmatique*, c'est-à-dire celles qui, d'après le courant des idées modernes, seraient engendrées par les microbes, et qui, en tout cas, ont le droit d'être considérées comme engendrées par l'introduction dans l'économie d'un poison d'origine biologique ;

2° Les maladies *d'origine alimentaire*, c'est-à-dire celles qui paraissent être particulièrement engendrées par une alimentation défectueuse, soit comme quantité, soit comme qualité ;

3° Les maladies *d'origine météorique*, c'est-à-dire celles qui semblent être surtout l'œuvre du froid et du chaud, ou de l'ensemble des conditions atmosphériques.

Encore une fois, ce plan nous semble devoir être recommandé ; mais, pour être traité avec fruit, il nécessite des développements beaucoup plus considérables que ceux dans lesquels l'auteur a pu entrer. Et pour signaler immédiatement sa lacune principale, l'auteur n'y a fait aucune place à *l'étiologie*, trouvant sans doute que le fait seul de placer une maladie dans l'une des trois classes précitées suffisait à justifier la prophylaxie. Ce serait là, à notre sens, une profonde erreur. Un épidémiologiste ne peut traiter des mesures à diriger contre une maladie épidémique sans justifier l'étiologie qu'il admet, et Poincaré lui-même n'y manque pas. C'est ainsi qu'il expose avec soin les données que la science possède actuellement sur l'origine de quelques maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, la rougeole, etc. Et comme cet exposé étiologique occupe, avec raison d'ailleurs, une place plus considérable et plus importante que la géographie médicale, il s'ensuit que le véritable titre de l'ouvrage devrait être : *Étiologie et prophylaxie des maladies épidémiques.* Les cartes qui montrent aux yeux la répartition géographique des principales maladies, ainsi que *l'intensité* de cette répartition (s'il est permis de s'exprimer ainsi), sont fort utiles. Mais elles sont d'une échelle beaucoup trop faible, et, spécialement pour ce qui concerne l'Europe, absolument insuffisante. C. ZUBER.

Hygiène des Européens dans les pays intertropicaux, par NIELLY (*Un vol. in-12 de 275 pages, avec planches, Paris, 1884*).

Ce volume constitue un résumé de nos connaissances sur la topographie médicale des principaux pays de la zone torride.

Des cinq chapitres qui composent le volume, deux sont consacrés à la géographie médicale générale et détaillée (chap. I et IV); un à l'action physiologique des climats torrides (chap. II); un à l'action pathogénique (chap. III); le dernier, enfin, à l'acclimatement des Européens dans ces régions dangereuses (chap. V). Dans ce dernier chapitre, le plus important au point de vue de l'hygiène, se trouvent étudiées successivement: les questions de colonisation, les expéditions militaires, les explorations et voyages, les travaux de la terre. Quant aux médecins qui se trouvent appelés à visiter les pays torrides ou à y exercer leur art, ils chercheront en vain le code de règles hygiéniques sur lequel ils comptaient, et l'ouvrage lu, ils seront amenés à le rédiger eux-mêmes.

Depuis quelques années, les médecins de la marine réagissent vivement contre la doctrine classique de l'exagération du fonctionnement du foie dans les pays chauds, en général. L'hypermégalie fonctionnelle du foie était devenue, en quelque sorte, la clef de voûte de toute la pathologie tropicale. Il faut reconnaître cependant que les arguments présentés par Nielly — comme antérieurement par Layet — ne sont pas absolument démonstratifs et procèdent plutôt du raisonnement que de l'observation clinique. Cette question est très importante et mérite d'être étudiée à nouveau.

L'auteur n'est guère favorable à la doctrine parasitaire, et sur ce point il partage les opinions d'un grand nombre de ses collègues de la marine. Il semblerait cependant que ces praticiens, appelés à exercer au milieu des parasites de tout genre, devraient avoir de la tendance à admettre l'invasion des parasites jusque dans le domaine des maladies infectieuses. Il n'en est rien. Et Nielly, par exemple, en est encore, en ce qui concerne la malaria ou la fièvre jaune, à admettre l'intervention d'un gaz! Mais quel peut bien être ce gaz mystérieux que la chimie moderne ne peut arriver à connaître, qui s'élève le matin au sommet des montagnes et redescend le soir en brouillard fébrigène au niveau du sol? L'argument qui consiste à dire que les cas foudroyants ne sont pas en rapport avec la doctrine parasitaire n'est pas convaincant. Il est d'ailleurs bien probable que les cas dits foudroyants résultent moins de la multiplication graduelle d'un microbe pathogénique que d'un véritable empoisonnement par un de ces alcaloïdes mystérieux dont nous entrevoyons à peine l'importance.

Il est curieux de constater que cette hostilité vis-à-vis de la doctrine parasitaire entraîne Nielly jusqu'à nier l'intervention de la filaire du sang dans l'hématochylurie. Le ver serait une simple coïncidence. L'histoire de la médecine nous a appris à nous défier de ces prétendues coïncidences.

En somme, le petit volume de Nielly est intéressant et sera lu avec plaisir par tous les médecins que préoccupe, à un titre quelconque, la santé des Européens dans les pays chauds. C. ZUBER.

I. — **Beiträge zur Pathologie und Diagnostik der Magenkrankheiten, par Franz RIEGEL** (*Deut. Arch. f. klin. Med., XXXVI, Heft* 1 *et* 2, *p*. 100).

II. — **Complexus symptomatique spécial des dyspeptiques tenant à une auto-infection, par LITTEN** (*Berl. klin. Woch.*, 16 *octobre* 1882).

III. — **Ein Fall von krankhaft gesteigerte ... (Un cas d'hypersécrétion morbide du suc gastrique), par REICHMANN** (*Ibid.*, 2 *octobre* 1882).

IV. — **Ein Zweiter Fall von continuirlicher ... (2e cas de sécrétion continue du suc gastrique, extrêmement acide), par LE MÊME** (*Ibid.*, 14 *janvier* 1884).

V. — **Nervöse Gastroxynsis (De la gastroxynsis nerveuse considérée comme une forme spéciale de la dyspepsie nerveuse), par J. ROSSBACH** (*Deut. Archiv f. klin. Med. XXXV, Heft* 5, *p*. 383).

VI. — **Note sur un réflexe douloureux du nerf cubital dans certaines dyspepsies gastro-intestinales, par TREILLE, rapport par LEREBOULLET** (*Soc. méd. des hôp.*, 9 *avril* 1884).

VII. — **Zur Diagnose und Therapie der Magenkrankheiten (Des affections de l'estomac, spécialement des névroses), par ROSENTHAL** (*Wiener med. Presse, n°* 1, 1883).

VIII. — **Antiperistaltige Magenbewegungen (Mouvements antipéristaltiques de l'estomac), par A. CAHN** (*Deut. Arch. f. klin. Med., XXXV, Heft* 5, *p*. 402).

IX. — **De la dilatation de l'estomac et de son rôle pathogénique, par Ch. BOUCHARD** (*Soc. des hôp.*, 13 *juin* 1884).

X. — **De la dilatation de l'estomac, par H. THIÉBAUT** (*Thèse de Nancy*, 1884).

XI. — **De la dilatation atonique de l'estomac, par G. SÉE et A. MATHIEU** (*Rev. de méd.*, 10 *mai et* 18 *septembre* 1884).

XII. — **Essai sur la dilatation adynamique de l'estomac, par de ARGAEZ** (*Thèse de Paris*, 1884).

XIII. — **Essai sur le bruit de clapotement stomacal, par BARADAT** (*Thèse de Paris*, 1884).

XIV. — **De la dilatation de l'estomac consécutive à la fièvre typhoïde, par E. MONTAYA** (*Thèse de Paris*, 1884).

XV. — **De la tétanie d'origine gastrique, par L. GALLIARD** (*Assoc. franç., Congrès de Rouen*, 1883).

XVI. — **Des accidents tétaniformes dans la dilatation de l'estomac, par E. LAPREVOTTE** (*Thèse de Paris*, 1884).

XVII. — **Sur un cas de dilatation de l'estomac compliquée de tétanie généralisée, par DUJARDIN-BEAUMETZ et ŒTTINGER** (*Union méd.*, 29 *janvier* 1884).

XVIII. — **De la dilatation de l'estomac chez les enfants, par J. COMBY** (*Arch. gén. de méd., août* 1884).

I. — Dans ce travail, F. Riegel a surtout repris l'étude des acides de l'estomac à l'état pathologique. On sait que l'on avait tiré de la présence ou de l'absence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique une indication importante pour le diagnostic du cancer de l'estomac. Van der Velden avait trouvé que cet acide disparaissait complètement dans le

cancer : cette disparition devait donc amener à des conclusions pratiques importantes dans bien des cas. Ewald avait contesté les affirmations de van der Velden.

F. Riegel, entrant dans le débat. prend parti pour ce dernier.

Il a recherché quelle était l'acidité de l'estomac pendant la période de digestion : c'est en effet deux à trois heures après l'ingestion des aliments que cette acidité atteint son maximum. Il a trouvé que la méthode de Leube, qui se contentait de faire prendre un peu d'eau glacée, donnait des résultats incertains et n'excitait pas fortement la sécrétion du suc gastrique acide.

Comme réactifs, il s'est servi de la teinture de tournesol, de la tropéoline, du violet de méthylaniline, et pour démontrer la présence des acides lactique et butyrique, du chlorure de fer phéniqué, déjà usité par Uffelmann.

Pour se procurer du suc gastrique, il procède de la façon suivante : il se sert du siphon qu'il amorce avec une très petite quantité d'eau. L'entonnoir étant immédiatement abaissé, on laisse écouler l'eau destinée à l'amorcement du siphon et l'on recueille seulement le contenu liquide de l'estomac qui s'écoule ainsi pur de tout mélange.

Le résultat principal de son travail, c'est que l'acide chlorhydrique disparaît dans le suc gastrique des individus atteints de cancer de l'estomac. Il semble que cet acide soit détruit par le suc cancéreux lui-même : ce qui le démontre, c'est qu'on le fait disparaître en ajoutant à du suc gastrique normal le liquide obtenu par expression d'une masse cancéreuse.

L'acide butyrique et l'acide lactique qui résultent de la fermentation des aliments qui séjournent trop longtemps dans l'estomac ne paraissent nullement en diminuer le pouvoir digestif, contrairement à ce qu'on a prétendu. ALBERT MATHIEU.

II. — Litten expose comme suit un complexus symptomatique non encore décrit qu'il a observé chez des dyspeptiques et qu'il regarde comme l'expression d'une auto-infection de l'économie par un corps dissous dans le sang qui se formerait à la suite de décompositions chimiques anormales s'effectuant tant dans l'estomac que dans l'intestin.

Cet ensemble de symptômes se compose d'une anorexie absolue, d'une tendance invincible au sommeil (sopos), d'arthralgies, d'une haleine à odeur spéciale rappelant à la fois celle du chloroforme et de la pomme, d'une réaction caractéristique des urines, qui prennent, lorsqu'on les additionne de perchlorure de fer, une teinte rouge, sans contenir de sucre. En même temps les urines sont toujours diminuées de quantité et accrues de densité, mais ne renferment aucun élément anormal, figuré ou chimique, autre que celui qui produit la réaction signalée. Le type de la respiration reste normal. Quelquefois il survient un léger mouvement fébrile sans type net. Les matières fécales ont une odeur cadavérique.

Tous les phénomènes morbides disparaissent en même temps que cessent la réaction signalée dans l'urine et l'odeur de l'haleine.

Ewald dit que d'après ses expériences l'odeur de fruit ou de pain frais que prend l'air expiré n'est pas indispensablement liée à la présence de la réaction de l'urine au contact du perchlorure. Il l'a rencontrée chez

des personnes offrant uniquement des phénomènes de décomposition anormale dans l'estomac.

III et IV. — Les deux faits suivants tendent à prouver l'existence d'une dyspepsie liée à un excès d'acidité du suc gastrique :

1° Homme de 37 ans, atteint depuis six ans de troubles digestifs. Pendant deux ans il a vomi ses aliments non digérés. Au bout de ce temps, les vomissements spontanés ont cessé; mais quand le malade souffre trop, il se soulage en introduisant son doigt dans la bouche pour se faire vomir.

Les crampes épigastriques reviennent chaque soir, durent toute la nuit, privant le malade de son sommeil; elles atteignent leur maximum le matin, et s'étendent alors à tout le ventre; le manger les apaise.

Émaciation, anémie et faiblesse extrêmes. Appétit et soif exagérés. Constipation. Pyrosis. Pas de dilatation de l'estomac.

Le matin, de l'estomac à jeun, on retire un litre de liquide vert gazon, à odeur et réaction acides, présentant un degré d'acidité de 2 à 3 0/00, ramenant le violet de méthyle au bleu clair et contenant des peptones et de la bile.

Après chaque pompage de ce liquide, le malade ne ressent plus ni pyrosis ni douleurs.

Pour étudier plus complètement ce liquide retiré en si grande abondance de l'estomac, Reichmann a, à quatre reprises différentes, soumis son malade à un jeûne absolu d'aliments et de boissons, durant toute une nuit, après avoir la veille au soir bien lavé son estomac.

Le lendemain matin, chaque fois la sonde a fourni de 180 à 300 centimètres cubes d'un liquide presque transparent, plus ou moins verdâtre par mélange de bile, offrant une acidité moyenne de 2.5 0/00, transformant en brun la couleur jaune de la tropéoline, et en bleu clair celle du violet de méthyle, ayant un coefficient de partage de 188 et contenant manifestement de la pepsine. Il s'agissait donc d'acide chlorhydrique.

Reichmann rapporte tous les phénomènes offerts par ce malade à la sécrétion exagérée de suc gastrique. Les douleurs tiennent à des mouvements spasmodiques de l'estomac irrité par cette sécrétion trop acide. Les mouvements stomacaux, en se propageant au duodénum, y provoquent des mouvements antipéristaltiques qui ramènent la bile dans l'estomac, malgré l'absence de vomissements. La propagation des douleurs à l'abdomen est un phénomène réflexe tenant soit à la douleur même, soit au passage du contenu stomacal trop acide dans l'intestin. La digestion insolitement prompte et facile de la viande s'explique tout naturellement. Les substances féculentes restent indigérées parce que la salive ne peut agir dans ce milieu trop acide. Enfin le séjour prolongé des liquides et du chyme peut dépendre de deux causes, soit de ce que la muqueuse altérée par le contact continu du suc très acide a perdu une partie de son pouvoir absorbant, soit de ce que la tunique musculaire, fatiguée par ses mouvements nocturnes, a perdu l'énergie nécessaire pour pousser dans l'intestin le contenu stomacal.

Le traitement a consisté en pompages matin et soir du liquide, régime exclusivement azoté avec proscription complète de l'eau et très faible quantité d'aliments fluides. Comme compensation, en dehors d'un lavement froid destiné à provoquer les garde-robes, le malade prenait chaque jour trois lavements désaltérants d'eau tiède : compresses de Priessnitz et applications chaudes sur le ventre; frictions du corps avec de l'eau froide.

En six semaines, cet homme avait récupéré ses forces et son embonpoint,

la soif et l'appétit s'étaient modérés; il n'avait plus ni crampes, ni pyrosis, et l'on notait une diminution considérable de liquide acide sécrété dans l'estomac.

Le 2e *cas* est similaire.

Reichmann a sondé chez 59 malades l'estomac à jeun : 27 fois il l'a trouvé vide; 14 fois il contenait un liquide muqueux, plus ou moins aqueux, alcalin, avec ou sans restes d'aliments; 11 fois un liquide acide, avec restes d'aliments et champignons de fermentation, mêlés ou non à du mucus et à du sang. Le liquide de ces 11 malades, dont 10 avaient un cancer de l'estomac, ne contenait pas d'acide chlorhydrique libre, 5 fois l'estomac à jeun renfermait un liquide acide, avec restes alimentaires et parfois aussi sarcines et torules; dans ces 5 cas il existait de l'acide chlorhydrique libre. Chez un malade, l'estomac contenait des caillots sanguins neutres, et chez l'autre du suc gastrique pur.

L'état de suracidité du suc gastrique à jeun est donc assez fréquent. Si on ne l'a pas encore décrit, c'est qu'habituellement on examine le contenu de l'estomac après l'avoir rempli d'eau qui dilate et neutralise son contenu. J. B.

V. — Par gastroxynsis, l'auteur entend une acidité exagérée du suc gastrique. Cette acidité excessive se montrerait surtout chez les personnes occupées à des travaux intellectuels d'une façon trop assidue. Il faut en tout cas une prédisposition spéciale, qui consiste surtout dans une excitabilité exagérée du système nerveux.

Il se fait dans ces conditions une sécrétion de suc gastrique fortement acide, et la présence de cet acide en excès provoque l'apparition de toute une série de manifestations morbides.

Cet acide trop concentré excite les nerfs sensitifs de l'estomac, et retarde la digestion. Par voie réflexe les vaisseaux de la tête se contractent, de là la céphalalgie, les étourdissements, etc. L'estomac lui-même s'anémie, ses vaisseaux se resserrent et la résorption se trouve entravée. Le malaise, la céphalalgie, se produisent surtout à jeun, l'estomac étant vide. Ils diminuent lorsque le suc gastrique se trouve dilué par les boissons et les aliments, et momentanément saturé.

Après les repas, les malaises disparaissent donc complètement, contrairement à ce qui se passe dans la névrose réflexe de Leube, dans laquelle le malaise survient seulement pendant les périodes digestives.

Il ne s'agit pas non plus de l'acidité exagérée permanente qu'a signalée Reichmann. Dans la gastroxynsis de Rossbach, on ne constate pas de renvois acides, pas de pyrosis. Ces renvois acides n'indiquent pas du reste une acidité exagérée de l'estomac : ils sont dus à la régurgitation d'aliments imprégnés de suc gastrique et souvent même de suc gastrique d'une acidité inférieure à la normale.

Dans la dyspepsie acide, il s'agit de fermentations de la masse alimentaire qui donnent lieu à la production d'acides tels que l'acide lactique, l'acide butyrique, etc. Dans la gastroxynsis, on ne trouve, au contraire, que de l'acide chlorhydrique. La gastroxynsis se produit chez les personnes prédisposées, sous l'influence de chagrins, de mouvements de colère, de surmenage intellectuel. Elle survient brusquement et s'apaise de même, ce qui indique bien qu'elle n'a rien à voir avec le ca-

tarrhe gastrique. Jusqu'à présent elle a été confondue avec ce catarrhe.

Souvent aussi on a dû la confondre avec la migraine, à cause des accès de céphalalgie qu'elle provoque et des vomissements.

Lorsque commence la crise de gastroxynsis, il suffit de boire un verre ou deux d'eau tiède ou de thé léger pour l'arrêter immédiatement.

Quand cette crise est plus avancée, elle tend naturellement à amener des vomissements qui débarrassent l'estomac de son acide : il est bon de faciliter ces vomissements en administrant une boisson chaude.

Les alcalins soulagent momentanément, mais ils ont le tort de suspendre la digestion et de provoquer ensuite une acidité exagérée du suc gastrique.

Il est bon de combattre la cause générale, et, en particulier, de faire cesser tout travail intellectuel. A. MATHIEU.

VI. — Treille a observé que chez des malades atteints de dyspepsie gastro-intestinale, principalement chez ceux qui sont devenus dyspeptiques à la suite d'affections du tube digestif, si l'on vient à froisser la peau de l'abdomen au niveau de la fosse iliaque gauche, dans le voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, on détermine fréquemment dans la sphère du nerf cubital du même côté une sensation plus ou moins pénible, variant depuis le simple fourmillement jusqu'à la douleur qui arrache une plainte au malade; cette sensation se produit instantanément; elle naît et disparaît avec la pression des téguments, et s'étend à toute la sphère du nerf cubital.

Lereboullet rapproche ce phénomène des observations de synesthésies signalées par Gubler, mais montre que les faits de Treille en diffèrent en ce que ses malades accusaient spontanément des sensations bizarres douloureuses dans la sphère du nerf, fourmillement, algidité, etc. Il croit qu'il ne faut pas rattacher ces phénomènes nerveux au trouble gastro-intestinal, mais bien à l'état irritable du système nerveux, qu'il soit primitif, constitutionnel, ou consécutif à une maladie chronique. H. L.

VII. — L'auteur rapporte d'abord des observations de névrose gastrique chez des jeunes filles anémiques et chlorotiques, migraineuses, excitables, atteintes de dyspepsie nerveuse avec constipation, gastralgie et vomissements : on note chez elles la pâleur extrême de la face, la dilatation des pupilles, le ralentissement du pouls, une série de troubles en un mot qu'on peut considérer comme relevant du grand sympathique. Elles présentent aussi de l'hyperesthésie cutanée et musculaire, et des points douloureux multiples sur le tronc, sur la colonne vertébrale. Elles ont l'estomac presque constamment dilaté.

On trouve aussi chez les jeunes hommes de l'excitabilité gastrique, même sans dilatation, s'accompagnant de troubles vaso-moteurs réflexes : de temps en temps survient une crampe douloureuse à l'épigastre, avec sensation de chaleur et rejet de mucosités ; au même moment, on constate une coloration rouge foncé de la gorge et de la muqueuse nasale s'accompagnant de surdité ; ces phénomènes durent une demi-heure, puis les muqueuses pâlissent et la surdité cesse. Ce genre d'accidents peut être favorablement modifié par le bromure de potassium.

L'auteur cite un homme de 48 ans, migraineux, atteint de dyspepsie et de dilatation considérable de l'estomac, chez qui les émotions ou l'influence du froid déterminaient des crises spéciales : pâleur extrême, re-

froidissement des extrémités, petitesse et accélération du pouls, et enfin lipothymie. Ces accidents duraient de dix à trente minutes. Ce sujet a été guéri par la diète sèche, les douches froides et l'électricité.

L'anesthésie limitée à la face interne des avant-bras et des mains a été observée chez un docteur en droit, âgé de 38 ans, atteint, à la suite d'excès prolongés de travail, de dyspepsie avec dilatation de l'estomac. Ce malade se plaignait de céphalée, d'insomnie, de diminution de la mémoire; il était abattu, mélancolique et très anémique; ses réflexes tendineux étaient exagérés. Il a fallu plusieurs mois de traitement tonique pour le guérir.

Dans les cas de dyspepsie nerveuse, d'asthénie gastrique, confondue souvent avec la gastrite chronique, on emploie en vain le traitement par les eaux alcalines, les poudres et même le lavage de l'estomac. Ce qu'il faut, c'est le régime fortifiant, la bière, les préparations martiales et aussi le bromure de potassium.

Le diagnostic de l'asthénie gastrique est parfois très difficile. L'auteur a pu la reconnaître chez une fille de 20 ans, chlorotique, très amaigrie, malade depuis plusieurs années et devenue véritablement cachectique, avec abaissement de la température à 36°,2, du pouls à 56, œdème et parésie des membres inférieurs, sans albuminurie; elle a guéri sous l'influence du traitement.

On sait que les hystériques ont souvent des troubles gastriques. L'auteur les a notés chez une fille de 25 ans, qui offrait une particularité curieuse : l'hémiplégie à gauche et l'hémianesthésie à droite.

Il insiste également sur les crises gastriques de l'ataxie locomotrice.

L'auteur étudie enfin la dilatation de l'estomac dans ses relations avec le catarrhe chronique de l'organe, et en rappelle les symptômes classiques. Il y a là deux indications thérapeutiques : combattre les fermentations et stimuler l'énergie de la paroi musculaire.

Parmi les topiques employés pour le lavage de l'organe, l'auteur donne la préférence à l'acide borique, dont il vante l'action désinfectante et antiseptique. Il l'emploie en solution à 3 ou 4 0/0, en y ajoutant 5 ou 10 grammes de glycérine pour conserver le mélange, et remarque que, même après un traitement prolongé, il n'a pas d'action défavorable sur l'organisme.

On peut en prendre à l'intérieur, en effet, de 4 à 6 grammes, sans observer autre chose que l'augmentation de la diurèse et l'acidité de l'urine; il faut aller jusqu'à 12 ou 15 grammes pour produire de l'inappétence et des vomissements. L'acide borique a de plus l'avantage de ne pas précipiter l'albumine et par conséquent de permettre la formation des peptones.

Pour tonifier la couche musculaire, l'auteur conseille la douche écossaise.

L. GALLIARD.

VIII. — Une femme de 60 ans, atteinte d'un carcinome de la petite courbure de l'estomac, présentait une dilatation considérable de ce réservoir. Pendant la vie on a constaté à travers les parois abdominales amincies des mouvements antipéristaltiques, qui remontaient de gauche à droite, en suivant la grande courbure de l'estomac. Cette grande courbure descendait jusqu'au niveau du bassin. Cette observation, ajoutée à d'autres semblables, démontre donc la possibilité de mouvements antipéristaltiques chez l'homme.

Ce fait est à ajouter à ceux que les Allemands décrivent sous le nom d'agitation de l'estomac (Unruhe des Magens). A. MATHIEU.

IX. — Ce travail est basé sur 220 observations personnelles recueillies chez l'adulte ; cette affection se rencontre surtout chez les gros mangeurs et les grands buveurs ; le meilleur moyen de la reconnaître est le bruit de clapotage provoqué au niveau de l'estomac par le choc à la fois brusque et léger de deux ou trois doigts, frappant deux ou trois fois presque en un seul mouvement et comme par une vibration la paroi abdominale relâchée. Ce signe doit être recherché chez l'individu à jeun. Dans les cas douteux, on le rend apparent par l'ingestion d'un demi-verre d'eau qui introduit en même temps le liquide et le gaz nécessaires pour que soient réalisées les conditions physiques du phénomène. Obtenu dans ces conditions, le clapotage indique la dilatation et l'étendue de cette dilatation. Dans la plupart des observations qu'il a recueillies, le bruit s'entendait au niveau de l'ombilic ou descendait au-dessous, même jusqu'au pubis, et se retrouvait à droite de la ligne médiane.

La prédominance de tel ou tel groupe de troubles fonctionnels a conduit M. Bouchard à étudier plusieurs formes de cette affection. La plus fréquente pour lui serait la forme dyspeptique, qui comprendrait elle-même les types flatulent, gastralgique et hépatique. Dans ce dernier type, la congestion concomitante du foie, avec ou sans ictère, peut faire penser à la lithiase biliaire, et l'endolorissement de l'estomac, deux ou trois heures après le repas, est considéré comme la pseudo-gastralgie des calculs biliaires. Chez ces derniers, sous l'influence de la congestion hépatique, le rein droit se déplacerait souvent. Viennent ensuite les formes larvées qui peuvent revêtir le type névrosique caractérisé par les manifestations nerveuses les plus diverses : migraine, vertiges, névroses psychiques, irritabilité spinale, névrose cérébro-cardiaque, hypochondrie, etc. Le type cardiaque avec ses palpitations, ses intermittences du pouls et les accès de fausse angine, analogues à ceux des fumeurs ; le type asthmatique, et enfin le type rénal, qui réunit, à lui seul, trois états morbides distincts : ectopie du rein droit par l'intermédiaire de la congestion du foie, urines à sédiments uratiques et même lithiase rénale, enfin albuminurie avec toutes ses conséquences.

Parmi les autres accidents qui peuvent naître sous l'influence de cet état morbide, M. Bouchard compte diverses manifestations cutanées : l'eczéma, l'urticaire, le pityriasis, l'acné, le purpura. La fétidité de l'haleine, l'abondance des sueurs, le coryza, les bronchites fréquentes, les phlébites spontanées, le rhumatisme articulaire aigu ou chronique partiel sont signalés par lui. Il attache une importance toute particulière aux nodosités des secondes articulations des doigts : « Elles consistent parfois en saillies latérales proéminant à la face dorsale de la deuxième articulation, soit en dedans, soit en dehors. Plus souvent elles sont constituées par un élargissement de la deuxième articulation due à l'épaississement latéral de l'extrémité supérieure ou bien de la deuxième phalange. A ces nodosités s'ajoutent fréquemment des changements de direction des phalanges, de telle sorte que l'axe du doigt en extension, au lieu d'être rectiligne, est constitué par une ligne brisée. »

Ainsi que le fait remarquer M. le professeur Bouchard, trois hypothèses se présentent à l'esprit pour expliquer les relations de la dilata-

tion avec tant de maladies disparates : 1° la dilatation est cause prédisposante ou efficiente de ces maladies ; 2° ces maladies sont cause de la dilatation ; 3° ces maladies, comme la dilatation, sont produites par une cause plus générale, un état diathésique, par exemple. Pour lui, il se rattache à la première hypothèse. Appliquant ici la théorie des maladies de la nutrition qu'il a si brillamment exposée ailleurs, il se demande si les fermentations qui, à l'état normal, doivent s'accomplir à l'aide des ferments digestifs, ne se font pas imparfaitement dans l'estomac dilaté, et si des fermentations anormales ne s'y développent pas sous l'influence des ferments figurés, des microbes, des parasites. A l'état normal, le suc gastrique s'oppose à leur développement, mais lorsque les fonctions de l'estomac ne s'exécutent plus régulièrement, tous ces éléments trouvent dans l'estomac dilaté un milieu de culture favorable et fabriquent en définitive un grand nombre de substances toxiques, qui seront résorbées ultérieurement dans l'intestin, et qui, une fois introduites dans la circulation, « pourront, en imprégnant toutes les cellules, vicier leur nutrition ou troubler le fonctionnement de quelques-unes, et déterminer des phénomènes irritatifs sur les surfaces d'émanations à la façon de tant d'autres poisons. Ainsi s'explique comment les symptômes, les accidents morbides, les deutéropathies, dans la dilatation de l'estomac, portent sur la nutrition générale, sur le système nerveux, sur les reins, sur la peau et sur les bronches. » En résumé, M. Bouchard fait de la dilatation de l'estomac une entité morbide, une véritable maladie locale qui, vu l'importance de l'organe primitivement atteint, est capable de retentir sur l'organisme tout entier et de devenir, à un moment donné, par suite de la déchéance organique qu'elle entraîne, la cause d'une foule d'affections générales, au nombre desquelles se trouvent la scrofule, la phtisie, le rachitisme, etc. C. GIRAUDEAU.

X. — Les nombreuses observations cliniques qui forment la base de cette dissertation ont permis à l'auteur d'étudier avec soin les conditions étiologiques de la dilatation aiguë et de la dilatation chronique de l'estomac. Tandis que la première reconnaît souvent pour cause les affections fébriles gastriques, les simples indigestions, les opérations chirurgicales sur l'abdomen ; la seconde, plus fréquente assurément, est l'effet d'un nombre considérable d'états pathologiques dont nous ne ferons ici qu'une énumération sommaire ; ce sont, par ordre d'importance : les obstacles siégeant au pylore ou au duodénum, le catarrhe chronique simple ou compliqué d'ulcère, la dyspepsie simple ou avec gastorrhée aiguë et chronique, la tuberculose, la fréquence des repas, la polyphagie, la polydipsie, l'ingestion d'aliments indigestes ou irritants, la parésie musculaire, les pyrexies graves, les névroses cérébro-spinale et cérébro-gastro-cardiaque, les maladies organiques du foie et du cœur, etc., etc.

Les types principaux sous lesquels se présente la maladie, les symptômes que peut offrir la gastrectasie sont l'objet d'une étude minutieuse. Une difficulté contre laquelle le praticien se heurte trop souvent consiste à reconnaître sur le malade d'une façon précise la partie la plus déclive de l'estomac, seule capable d'indiquer le degré d'ampliation de l'organe. C'est pour répondre à cette exigence de la pratique médicale que Thiébaut a fait construire un instrument auquel il a donné le nom de gastromètre.

Ce gastromètre se compose essentiellement d'une sonde œsophagienne graduée dont le canal est parcouru par un fil de soie auquel est suspendue une petite masse de plomb pouvant facilement s'adapter à l'extrémité inférieure de la sonde. L'emploi en est facile, bien que délicat, mais le cadre restreint de cet article ne nous permet pas de nous étendre plus longuement sur cet instrument qui est appelé à rendre de réels services au clinicien.

Au chapitre diagnostic, plusieurs pages sont consacrées aux erreurs que peuvent faire naître la dilatation du côlon transverse ou la situation verticale de l'estomac. A propos du traitement, l'auteur, après avoir mentionné les divers procédés de lavages, parle de la médication interne, de l'électrisation et du régime alimentaire. P. PARISOT.

XI. — Les auteurs ont eu surtout pour but, en publiant ce mémoire, de mettre en lumière une variété de dilatation stomacale à peine soupçonnée jusqu'à aujourd'hui; nous voulons parler de celle qui survient chez des individus qui présentent un état particulier de nervosisme général. D'une fréquence extrême, cette affection se produit à la suite de crises qui paraissent indiquer l'intervention successive et alternante d'un état spécial de spasme et d'atonie du système moteur gastro-intestinal. Ces crises, souvent douloureuses, parfois accompagnées de diarrhée, sont habituellement provoquées par une cause occasionnelle ou générale, comme les émotions tristes, les secousses morales; ou bien locale, comme les excès, l'insuffisance ou la mauvaise qualité de l'alimentation. Ces crises sont ainsi la détermination locale d'un état constitutionnel de névrose spasmotonique (neurasthénie de certains auteurs).

La constipation et la flatulence paraissent jouer un rôle considérable dans le mécanisme du développement de ces troubles gastro-intestinaux avec ectasie gastrique prédominante.

La dyspepsie, rarement antérieure à la dilatation, lui succède fréquemment. Elle paraît pouvoir être caractérisée par la présence en quantité notable des peptones dans l'urine. En tout cas, on n'arrive à la dilatation gastrique permanente qu'après des alternatives de spasmes (causes de douleur et de diarrhée) et d'atonie (cause de distension).

La seconde partie de ce mémoire est plus particulièrement consacrée à la description clinique de cette manifestation morbide. Les troubles fonctionnels auxquels elle donne lieu, les signes physiques qui la caractérisent, les procédés employés pour la mettre en évidence, y sont étudiés avec le plus grand soin. Nous signalerons aussi les pages consacrées aux allures revêtues par cette affection, qui peuvent être réunies en quatre groupes : forme simple, le plus souvent latente; douloureuse, la plus fréquente, la forme avec embarras gastrique, et enfin la forme dyspeptique.

Le traitement doit être surtout pathogénique, c'est-à-dire qu'il doit avoir pour but de combattre la prédisposition générale et de s'opposer à la localisation gastro-intestinale. L'hydrothérapie, la climatothérapie, la gymnastique, fourniront les principaux moyens destinés à relever le tonus général du système nerveux, à lutter contre la tendance à l'adynamie. Les indications symptomatiques applicables à la dilatation, telle que la comprennent les auteurs, peuvent être résumées de la façon suivante : Éviter la surcharge alimentaire et les substances qui provoquent un relâ-

chement de l'estomac. Régulariser les fonctions motrices gastro-intestinales. Régulariser les selles et surtout combattre la constipation. Exciter la musculature gastrique, combattre la douleur, combattre la dyspepsie.

XII. — L'auteur étudie dans ce travail la forme de dilatation de l'estomac décrite par Sée et Mathieu (voir ci-dessus). Il insiste particulièrement sur les crises gastralgiques qui en sont les principales manifestations.

XIII. — Les points essentiels de cette thèse peuvent se résumer de la façon suivante. Le bruit de clapotement stomacal peut être physiologique ou pathologique. Physiologique, il ne s'entend que lorsque la palpation porte au-dessous d'une ligne horizontale passant par le cartilage d'union de la neuvième et de la dixième côte. Il ne doit s'entendre que pendant deux heures après l'ingestion d'un liquide et six heures après l'ingestion d'un repas ordinaire. En dehors de ces conditions, le bruit de clapotement est l'indice d'un état morbide : cet état morbide est l'inertie gastrique sans dilatation ou la dilatation stomacale. Lorsque le bruit de clapotement perçu dans la région normale s'entend plus de deux heures après l'ingestion d'un liquide ou plus de six heures après l'ingestion d'un repas ordinaire, il y a inertie stomacale sans dilatation. Lorsque, au contraire, le bruit de clapotement est perçu au-dessous de la région normale, et s'entend plus de deux heures après l'ingestion de liquide, ou plus de six heures après l'ingestion d'un repas ordinaire, il y a dilatation de l'estomac. Il existerait enfin des cas où il y a dilatation de l'estomac sans qu'il soit possible de provoquer le bruit de clapotement, par exemple chez les phtisiques qui ont des vomissements.

XIV. — Au dire de l'auteur, la dilatation de l'estomac au cours de la fièvre typhoïde serait un phénomène fréquent. Primitive parfois, elle peut se montrer également à la suite de la distension de l'intestin. Dans quelques cas, elle accompagne les manifestations typhiques stomacales; mais le plus ordinairement elle paraît due à l'adynamie de la musculature générale et en particulier à celle de l'estomac et de l'abdomen. Ordinairement passagère, elle peut aboutir à une véritable dilatation qui persistera plusieurs semaines ou même deviendra permanente. Dans ce dernier cas, elle s'accompagne de phénomènes douloureux intenses. Lorsqu'elle apparaît dans le cours de la fièvre typhoïde, aucune médication particulière ne doit lui être appliquée seule, l'administration de médicaments actifs comme le sulfate de quinine, l'acide salicylique, devra être surveillée attentivement, de peur d'aggraver les ulcérations typhiques qui peuvent exister en pareil cas. La dilatation qui apparaît pendant la convalescence nécessite une alimentation légère et peu abondante et l'emploi des alcalins : les douleurs sont-elles vives, on administrera de l'eau chloroformée; enfin lorsqu'elle est devenue permanente, c'est au lavage de l'estomac par le tube de Faucher que l'on doit avoir recours.

C. GIRAUDEAU.

XV. — Les affections gastriques s'accompagnent d'accidents nerveux variables; mais il en est un dont on a peu parlé jusqu'ici, c'est la tétanie. Comparable à celle que déterminent les évacuations intestinales des diarrhées cholériformes, elle succède, chez les sujets atteints de dilatation gastrique, aux vomissements abondants, aux grandes déperditions de liquide; tandis que l'absorption régulière des liquides ingérés et la polyurie

qui l'accompagne constitue une garantie contre les accidents de tétanie.

Galliard publie un fait où la tétanie, bien que grave, a guéri; elle s'est accompagnée, dans une des crises observées, d'état cholériforme.

A. C.

XVI. — Cette thèse contient l'exposé des théories proposées pour expliquer ces accidents d'origine nerveuse. Celle de Kussmaul, qui attribue leur production à la soustraction d'une trop grande quantité de liquide par le lavage stomacal; celle de G. Sée, d'après lequel il s'agirait de réflexes dont le point de départ serait dans les nerfs de la muqueuse stomacale distendus ou comprimés par le liquide que contient l'estomac.

Laprevotte se rallie à l'hypothèse de Bouchard, qui rattache tous ces phénomènes pathologiques à l'absorption d'alcaloïdes, de véritables ptomaïnes prenant naissance dans le contenu stagnant de l'estomac. Pour compléter l'analogie qui semble exister entre ces troubles nerveux de la dilatation stomacale et ceux des maladies infectieuses, l'auteur signale la présence, dans les urines de la malade dont il rapporte l'observation, d'une notable quantité d'albumine pendant les crises convulsives.

C. GIRAUDEAU.

XVII. — B..., âgé de 46 ans, est depuis quatre à cinq ans sujet à des troubles digestifs, lenteur de la digestion, renvois, puis vomissements; amélioré par les lavages, il reprend son régime ordinaire; les accidents reparaissent; le malade vomit presque après chaque repas, au bout de deux ou trois heures. Il maigrit beaucoup. On constate les signes d'une dilatation considérable de l'estomac (clapotement, contractions péristaltiques). Les lavages sont de nouveau pratiqués, amenant une grande amélioration. Mais un jour on constate un melæna abondant, le malade ayant eu, paraît-il, un accident analogue deux ans avant. A une dernière crise de dyspepsie, le malade est pris, le 14 octobre, d'une crise de tétanie classique durant une demi-heure. Le 16, contractures généralisées avec trismus, le thorax maintenu dans l'inspiration, les membres supérieurs dans la flexion, les inférieurs dans l'extension. Mort au bout de quelques heures.

A l'autopsie, on constate la dilatation au bissac de l'estomac, dont la petite tubérosité descend à 11 centimètres au-dessus du pubis. La muqueuse est épaisse, et forme des plis transversaux très accusés. Le duodénum est très rétréci à un centimètre et demi du pylore, et ne laisse passer qu'une plume d'oie; on ne voit pas de cicatrices bien nettes.

Les coupes de l'estomac montrent toutes les lésions de la gastrite chronique, altérations glandulaires, infiltration de cellules embryonnaires sous la couche glandulaire; l'épaississement de la paroi est due surtout à cette infiltration; dans la partie rétrécie du duodénum la couche musculaire a à peu près disparu, et est remplacée par une couche de vrai tissu fibreux. Les glandes de la muqueuse sont saines. Il y a donc non pas ulcération du duodénum, mais duodénite chronique.

L'auteur insiste sur la tétanie mortelle qui a clos si tragiquement la scène, et pense qu'on peut l'expliquer par des causes multiples, l'état d'émaciation du malade, ses vomissements répétés, et surtout les lavages trop fréquents pratiqués par le malade à l'insu du médecin. H. L.

XVIII. — L'auteur a réuni un nombre assez considérable d'observations de dilatation de l'estomac chez les enfants. Cette affection se caractérise surtout par un bruit de clapotage sous-ombilical, le petit malade étant à jeun en venant d'avaler quelques gorgées de liquide, puis par un développement exagéré du ventre et du tympanisme. Les enfants atteints

de dilatation de l'estomac présentent différents troubles fonctionnels dont la coïncidence mérite d'être relevée : accidents dyspeptiques ; convulsions et insomnie ; gourmes, urticaire, bronchites. Mais toute la question est dominée par les relations étroites de la dilatation de l'estomac et du rachitisme ; pour l'auteur, les troubles digestifs et la dilatation, en raison de l'élaboration vicieuse des aliments qui en résulte, seraient la cause du rachitisme. Quant à l'origine de la dilatation stomacale, elle résiderait uniquement dans la mauvaise alimentation, le sevrage précoce, l'allaitement défectueux des enfants. La prophylaxie se réduit à conseiller l'allaitement naturel et à restreindre les tetées dans des limites régulières.

P. M.

I. — Ein Fall von Pseudoleukämie mit Perforation von Milz und Magen, par KREDEL (*Berl. klin. Woch.*, 10 *décembre* 1883).

II. — Anatomie pathologique de l'ulcère de l'estomac, par STIÉNON (*Bull. Acad. de méd. de Belgique, XVIII, n°* 7).

III. — Anévrismes miliaires de l'estomac, par GALLARD (*Soc. méd. des hôp.*, 5 *mars* 1884).

IV. — Das einfache oder runde, oder perforirende Duodenalgeschwür, par CHVOSTEK (*Wiener med. Jahrb.*, *Heft* 1, 1883).

V. — Zwei Fälle von Gastritis phlegmonosa idiopathica, par GLASER (*Berl. klin. Woch.*, 17 *décembre* 1883).

VI. — Zur Casuistik der Gastritis phlegmonosa, par Thomas LEWIN (*Ibid.*, 4 *février* 1884).

VII. — Remarks on a case of phlegmonous gastritis, par Thomas WHIPHAM (*Brit. med. journ.*, *p.* 896, *mai* 1884).

VIII. — Un cas rare d'abcès de l'estomac, par TESTI (*Annali univ. di med., décembre* 1883).

IX. — Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac, par A. DESCHAMPS (*Thèse de Paris*, 1884).

I. — Chez un homme de 24 ans, atteint de pseudo-leucémie et mort trois mois après le début des accidents, au milieu d'hématémèses et de melæna, on trouva, à l'autopsie, l'estomac distendu par des gaz, descendu plus bas que l'ombilic.

L'estomac et le duodénum renfermaient un liquide sanguinolent et des caillots très volumineux.

L'estomac, soudé à la rate au niveau de son grand cul-de-sac, offre en ce point un ulcère de 7 centimètres de diamètre dont le fond est formé par le parenchyme splénique gangrené.

La tumeur splénique a 18 centimètres de longueur sur 15 de largeur et autant d'épaisseur ; elle adhère seulement au diaphragme. A la loupe, on distingue une couche corticale ferme, de 5 centimètres d'épaisseur, ne présentant pas d'autre anomalie qu'une hypertrophie des follicules et une portion centrale parsemée d'infarctus et de cavités à contenu gangrené.

Hypertrophie des ganglions stomacaux et hépatiques. Le foie a 25 centimètres de long ; son lobe droit a une largeur de 20 centimètres et le gauche une largeur de 15.

Reins normaux ; le gros intestin renferme des matières sanguinolentes ou goudronneuses.

Au microscope, la tumeur splénique apparaît formée du stroma conjonctif fibrillaire dont les lacunes sont remplies de cellules lymphoïdes en dégénérescence graisseuse. J. B.

II. — Après avoir exposé les diverses théories admises sur la genèse de l'ulcère de l'estomac, l'auteur donne le résultat de ses recherches histologiques et rapporte les observations qu'il a lui-même recueillies. D'après lui, il y a lieu de tenir compte dans la pathogenèse de l'ulcère simple de l'estomac, non seulement des causes premières de la lésion, mais de celles qui lui communique son caractère essentiellement chronique; les premières ne donnent pas lieu à un ulcère, mais à une plaie simple qui a de la tendance à guérir. Les secondes dépendent d'altérations ultérieures des bords de l'ulcère. Parmi ces altérations secondaires il faut compter l'inflammation destructive, la cirrhose et l'hypergenèse glandulaire.

L'hypergenèse des glandes se développe, comme altération secondaire, dans les ulcères gastriques comme dans les ulcères du col utérin; elle peut donner lieu à des productions offrant avec le cancer une ressemblance grossière, mais dont l'évolution clinique n'est pas celle du cancer. Cette hypergenèse glandulaire explique le phagédénisme de l'ulcère chronique de l'estomac. Elle est susceptible de guérison; dans ce cas, les cavités glandulaires se rétrécissent sous l'effet du développement cicatriciel du tissu conjonctif voisin, et l'épithélium des tubes disparaît après désagrégation. Le point de départ de l'hypergenèse glandulaire est dans l'irritation inflammatoire de l'épithélium des glandes de la muqueuse. Ce développement glandulaire constitue un terrain favorable à l'évolution du cancer. F. H.

III. — Gallard rapporte, à côté de deux observations qu'il a déjà publiées, l'histoire clinique d'un fait récent.

G..., âgé de 48 ans, a vomi depuis deux jours du sang en grande quantité; il éprouvait, depuis trois semaines, après les repas, des douleurs assez vives à l'épigastre, accompagnées de vomissements alimentaires, survenant trois quarts d'heure après l'ingestion des aliments; puis de vomissements noirâtres, couleur de suie. Anémie extrême du malade. Les vomissements de sang noir continuent; le ventre est ballonné, douloureux à l'épigastre, l'estomac dilaté. Le malade meurt dans la nuit à la suite de nouvelles hématémèses.

A l'autopsie, on trouve l'estomac et les intestins remplis de sang; la muqueuse violacée, imbibée. Pas de cancer, ni d'ulcération étendue. Le long de la grande courbure, à 4 centimètres du cardia, saillie assez dure, recouverte par la muqueuse présentant à son sommet une ouverture large comme une tête d'épingle, par laquelle sourd du sang décomposé; cette saillie a la grosseur d'une petite noisette et paraît bien être le point de départ des hémorragies. H. L.

IV. — L'auteur passe en revue les observations d'ulcère simple du duodénum qu'il a trouvées dans la littérature médicale, et s'en sert pour écrire une monographie où il place six observations personnelles inédites :

1° La coïncidence de l'ulcère duodénal et de l'ulcère gastrique est fréquemment signalée par les auteurs.

Chvostek l'observe chez un invalide de 61 ans, qui se plaignait depuis quarante années de crampes gastriques, vomissait parfois du sang et souvent des matières alimentaires. On trouve, à l'autopsie, une cicatrice siégeant au

cardia et empiétant sur l'origine de l'œsophage ; le duodénum offre, près du pylore, une ulcération irrégulièrement arrondie dont le bord inférieur est en voie de cicatrisation. Emphysème pulmonaire, pneumonie caséeuse de la base gauche, tubercules des sommets.

2° Dans la pathogénie de cette affection, on peut attribuer un rôle important à toutes les causes d'arrêt de la circulation veineuse duodénale : cirrhose du foie, cancer du foie, affections cardiaques. C'est de la même façon qu'on pourrait expliquer l'influence de la tuberculose pulmonaire.

La tuberculose des deux sommets existait en même temps qu'une autre affection importante, la paralysie ascendante aiguë (paralysie de Landry), chez un homme de 25 ans qui présenta à l'autopsie un ulcère rond du duodénum non soupçonné pendant la vie. Ce sujet avait en même temps des tubercules de l'iléon et de l'appendice cœcal.

3° Particularités analogues : ulcère latent du duodénum découvert chez un homme de 51 ans qui a succombé à la tuberculose pulmonaire et qui présente aussi des tubercules de la dernière portion de l'intestin grêle.

4° Le quatrième malade est un officier de 39 ans qui meurt de péritonite suppurée sans cause connue ; l'autopsie révèle l'existence d'un ulcère du duodénum. La seule chose à ajouter, c'est qu'il y avait aussi des lésions nettes des valvules aortiques.

5° Il est intéressant, au point de vue pathogénique, de voir un syphilitique atteint d'artérite et d'anévrisme de l'aorte contracter l'ulcère duodénal.

Lieutenant de 59 ans, ayant eu en 1849 un chancre induré suivi d'éruption cutanée et d'angine. Depuis 1864, il souffre de dyspnée; en février 1882, il a eu de la toux, de l'expectoration sanguinolente, de l'œdème des membres inférieurs. Il entre à l'hôpital le 30 juillet. On constate de nombreuses cicatrices cutanées, quelques cicatrices de la gorge, des signes d'affection aortique, de l'albuminurie. Mort le 31 août. Rien n'a pu faire penser à l'ulcère intestinal.

Autopsie : cœur dilaté et hypertrophié ; épaississement du bord libre des valvules aortiques. L'aorte ascendante est dilatée et sa face interne couverte de plaques jaunes cartilagineuses. Foie petit et dur ; rate grosse, indurée. Reins consistants, de volume normal. Estomac congestionné.

Immédiatement au-dessous du pylore, se trouvent deux diverticules profonds de 1 et de 2 centimètres et dont les orifices arrondis ont un diamètre de 2 centimètres ; entre eux on constate une cicatrice rayonnée.

6° Le diagnostic est rarement établi d'une façon précise pendant la vie. Cependant l'auteur a pu le poser dans un cas en tenant compte du melæna, mais surtout de l'heure où apparaissaient les douleurs de la région épigastrique. Elles ne survenaient que deux heures et demie après le déjeuner, et trois heures après le repas de midi. Le malade, un capitaine, âgé de 33 ans, mourut de péritonite par perforation. L'ulcère siégeait dans le tiers supérieur du duodénum, à 1 centimètre du pylore et sur une ligne que prolongerait la petite courbure de l'estomac.

La perforation est le mode de terminaison le plus habituel de la maladie (27 fois sur 63 cas). L. GALLIARD.

V. — 1° Homme de 70 ans ; point de renseignements sur son passé pathologique. Après avoir eu quelques vomissements, il entre pour de la fièvre et de l'épigastralgie. Ventre souple, insensible à la pression, sauf au niveau du creux de l'estomac. Mort dans le coma six jours après l'admission.

Autopsie : Ballonnement des intestins, surtout des côlons; les intestins

sont recouverts de dépôts fibrineux et soudés les uns aux autres. Dans le petit bassin, faible quantité de liquide séro-purulent.

L'estomac, également recouvert de dépôts de fibrine, offre une résistance et une épaisseur tout à fait insolites. Une incision faite sur la grande courbure, montre que les parois stomacales dans toute leur étendue, entre le pylore et le cardia, et dans toute leur profondeur du péritoine à la muqueuse, sont infiltrées d'une matière purulente demi-solide qui a rendu méconnaissables les diverses tuniques et par places soulève la muqueuse en déterminant à la face interne de l'organe des saillies un peu supérieures à des lentilles.

Au niveau de la petite courbure, à quelques centimètres du cardia, tumeur carcinomateuse, non ulcérée, discoïde, un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs et nettement isolée au milieu de l'infiltration purulente générale de l'estomac.

Foie normal. Pleurésie purulente double.

2° Femme de 28 ans. En 1876 et en 1879 elle a déjà été traitée à l'hôpital pour de violentes crises gastralgiques qui, dans la première de ces deux annees seulement, s'accompagnaient de vomissements.

Depuis deux ans, les paroxysmes douloureux étaient insignifiants, mais il y a quelques jours ils sont redevenus plus fréquents.

A son entrée, la malade ne souffre pas ; l'épigastre n'est nullement sensible et les règles ne tardent pas à apparaître. Huit jours après son admission, en se levant, elle est prise d'un frisson, avec température de 40° et douleur très violentes sous le rebord des fausses côtes. Aucun vomissement.

Les jours suivants la fièvre demeure intense et continue, le ventre se météorise, le facies devient hippocratique; constipation, incontinence d'urine, refroidissement de la langue et des membres. Mort le huitième jour des accidents aigus.

Autopsie : Péritonite purulente généralisée. Estomac rétréci en sablier au niveau de sa portion moyenne qui est le siège, sur la petite courbure, d'un ulcère perforant, cratériforme et circulaire, de 2 centimètres de diamètre.

Entre cet ulcère et le pylore, les parois gastriques sont épaisses d'un centimètre et demi et uniformément infiltrées de pus. La région de l'organe placée à gauche de l'ulcère, c'est-à-dire du côté du cardia, n'offre pas de suppuration, mais présente, tant sur la petite courbure que sur la paroi postérieure, 4 ou 5 ulcérations moins considérables, irrégulièrement arrondies et s'arrêtant à la musculeuse.

Pleurésie purulente gauche. Œdème pulmonaire (*R. S. M.*, XVI, 547).

VI. — Homme de 59 ans. Pas d'autre maladie antérieure qu'une péritonite, il y a 28 ans. Aucun excès de boissons.

Début par frisson, douleurs épigastriques, inappétence et constipation.

Le troisième jour, vomissements verdâtres. Sopor. Ictère intense et pétéchies, dont quelques unes grosses comme des noisettes, sur tout le corps.

A l'autopsie : Petit épanchement purulent dans la cavité pleurale gauche. Péritonite séro-purulente généralisée, avec adhérences résistantes de tous les viscères. Légère néphrite parenchymateuse.

Abcès multiples entre la muqueuse et la séreuse de l'estomac (*R. S. M.*, XVI, 547 et 549). J. B.

VII. — Il s'agit d'une femme de 49 ans, sujette depuis plusieurs années à des diarrhées bilieuses, et habituellement dyspeptique par suite de la chute de ses dents. A son entrée à l'hôpital, elle se plaignait de diarrhée, d'une vive douleur épigastrique et de vomissements d'abord noirâtres, puis bilieux. Comme elle avait une hernie, on pensa d'abord à des troubles d'engorgement

herniaire; mais il devint bientôt évident que l'affection était plus profonde. Aux symptômes précédents s'ajouta une légère jaunisse; les vomissements persistèrent sans discontinuer, et des signes évidents de péritonite se manifestèrent. La malade succomba dans le coma.

A l'autopsie, on trouva l'estomac epaissi, congestionné et rouge au voisinage du cardia; à la section, la région pylorique était infiltrée de pus colluté entre la couche muqueuse et la couche musculeuse. Les reins étaient granuleux et sclérosés, le foie gras. H. R.

VIII. — Homme de 45 ans, souffrant depuis longtemps de troubles digestifs et ayant eu les fièvres intermittentes. Trois ans avant son entrée à l'hôpital, il a déjà été pris de violentes douleurs stomacales avec vomissements de sang très abondants; il fut guéri au bout de quelques semaines et reprit son travail. Avant de revenir à l'hôpital, il fut pris de nouveau des mêmes douleurs à l'épigastre, avec inappétence. Ces douleurs ne cessaient que lorsqu'il provoquait le vomissement. Il rentre à l'hôpital le 27 juillet 1882. On diagnostique une gastrite avec dilatation et on veut le soumettre aux lavages de l'estomac : il refuse et quitte l'hôpital le 6 août. Mais les accidents augmentent d'intensité, et il est obligé de rentrer de nouveau le 4 novembre. On trouve à ce moment tous les signes d'une dilatation avec hypertrophie des parois stomacales, car la palpation donne la sensation d'un corps élastique et résistant. Les matières vomies se divisent en trois couches : supérieure, dense et spumeuse; moyenne, trouble; inférieure, contenant des débris de chyme et quelques amas de sarcines. On tente une alimentation exclusivement albuminoïde, avec lavages. Après une amélioration passagère, des vomissements alimentaires et sanguinolents surviennent, le malade maigrit rapidement. L'estomac est douloureux spontanément et à la pression, principalement à droite. La cachexie et l'œdème apparaissent. Mort le 30 mars dans un état d'amaigrissement extrême.

A l'autopsie, on trouve un estomac très dilaté et hypertrophié; le péritoine est épaissi, l'estomac offre des adhérences avec le foie, le diaphragme, le colon. Sa capacité est de 3 ou 4 litres; sa surface est mamelonnée. Dans le voisinage du pylore, on trouve une masse ovalaire longue de 13 centimètres sur 8 de large, recouverte par la muqueuse. En incisant celle-ci, on donne issue à 300 grammes environ d'un pus crémeux, verdâtre, non fétide. Cet abcès est situé dans le tissu sous-muqueux; sa cavité est anfractueuse; le pus se compose exclusivement de leucocytes.

Les autres organes sont à peu près normaux, sauf la rate dont l'enveloppe est très épaissie.

Cette observation est accompagnée de réflexions sur la marche des abcès de l'estomac et d'un historique de la question. F. BALZER.

IX. — La partie la plus intéressante de ce travail est celle consacrée à l'étude de l'élimination de l'urée chez les malades atteints de cancer de l'estomac. L'auteur refuse à la loi de Rommelaëre toute valeur diagnostique dans le cancer de cet organe. Pour Deschamps la quantité d'urée est adéquate au régime, la diminution de l'urée n'est pas particulière au cancer, et ne peut expliquer toutes les conditions de production du cancer. C. GIRAUDEAU.

Contribution à l'étude de l'ictère catarrhal, par A. CHAUFFARD (*Revue de médecine, p. 9, janvier* 1885).

Dans ce mémoire, l'auteur cherche à montrer que l'ictère catarrhal n'est pas une maladie locale ainsi qu'on le croit généralement, mais bien le résultat d'une maladie générale. L'abattement, la courbature, la perte

des forces, les douleurs contusives dans les masses musculaires, l'anorexie et les vomissements qui en marquent le début, plaident en faveur de cette opinion : plus tard la diminution parallèle de l'urine et de l'urée, l'albuminurie, puis la crise urinaire qui marque souvent le début de l'amélioration semblent également appartenir aux maladies infectieuses. La lenteur de la convalescence enfin, en désaccord avec la lésion hépatique peu profonde, rend bien compte de l'atteinte portée à l'économie tout entière. M. Chauffard émet, pour expliquer le développement et la marche de cette affection, l'hypothèse suivante : sous l'influence d'un écart de régime quelconque, les poisons toxiques développés dans le tube digestif augmentent de quantité, peut-être même leur qualité se modifie-t-elle; résorbés par la muqueuse intestinale, ils irritent d'abord le foie et ses conduits d'excrétion d'où en dernier lieu l'obstruction catarrhale du cholédoque. C. GIRAUDEAU.

I. — Ueber Stoffwechselanomalien bei einzelnen Lebererkrankungen (Sur quelques anomalies des échanges nutritifs dans les maladies du foie), par E. STADELMANN (*D. Arch. f. klin. Med., XXXIII, Heft* 5, *p.* 526).

II. — Recherches sur l'urémie d'origine hépatique, par DEBOVE (*Union méd.*, 2 *juin* 1884).

III. — Rapporti fra la motilita iridale e la presenza o mancanza degli acidi biliari nelle orine, par SCARPARI (*Ann. univ. di med., mars* 1884).

IV. — Toux splénique, toux hépatique, par TRASTOUR (*Rev. de méd., n°* 1, 1883).

V. — Zur Lehre von der Gelbsucht (Sur la jaunisse), par C. GERHARDT (*Zeit. f. klin. Med., Band VI, p.* 78).

VI. — Ictère émotif survenu en quelques heures, par H. RENDU (*France méd.*, 23 *décembre* 1884).

VII. — Ein Fall von Icterus catarrhalis mit lethalen Ausgang, par Josef TOELG et Edmund NEUSSER (*Zeit. f. klin. Med., Band VII, p.* 321).

VIII. — Les ictères graves sporadiques curables, par RONDOT (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, octobre* 1884).

IX. — Note pour servir à l'histoire de l'acholie, par HANOT (*Bull. Soc. de biol.*, 26 *janvier* 1884).

X. — Traité de l'affection calculeuse du foie, par Jules CYR (*in-8°, Paris*, 1884).

XI. — Beobachtungen über die Gallensteinkrankheit, par ROTH (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 *août* 1881).

XII. — Zur Frage über die Gallensteinkolik, par N. P. SIMANOWSKY (*Zeit. klin. Med., Band V, p.* 501).

XIII. — Des irrégularités du rythme cardiaque dans un cas de lithiase biliaire chronique, par COIGNARD (*Tribune méd.*, 1er *juillet* 1883).

I. — Dans un travail de Hallervorden sur l'apparition de l'ammoniaque dans l'urine (*R. S. M.*, XVIII, 32), il est indiqué que dans un cas d'affection du foie cette quantité d'ammoniaque a sensiblement augmenté. D'un autre côté, Schmiedeberg a cherché à démontrer que l'ammoniaque est destinée dans l'économie à fournir de l'urée.

L'augmentation de la quantité de l'ammoniaque éliminée par les urines serait donc l'indice d'un trouble dans les échanges nutritifs, d'une évolution incomplète dans l'organisme des produits azotés.

On sait que les travaux de Meissner, Brouardel, Murchison tendaient à attribuer au foie la production de l'urée. C'est à démontrer la même théorie que tend Stadelmann par son présent travail.

Il a dosé l'urée, l'ammoniaque et les chlorures dans l'urine de malades atteints d'affections destructives du foie. Il s'agissait d'hépatite interstitielle, de cirrhose atrophique, dans un cas de cancer ou de dégénérescence amyloïde du foie. Dans tous les cas, il a été constaté une diminution de la quantité d'urée et une augmentation de la quantité d'ammoniaque. Il en résulte naturellement une élévation du rapport de l'ammoniaque à l'urée. L'élévation du chiffre de l'ammoniaque a pu, dans quelques cas, atteindre la proportion de 2 : 1.

Dans plusieurs cas de cirrhose hépatique, Stadelmann a rencontré des peptones dans l'urine. N'est-ce pas là un phénomène du même ordre et la marque d'une évolution incomplète de certains des matériaux de la nutrition? Seegen a prétendu en effet que le foie pouvait transformer les peptones en sucre.

La quantité de chlorure de sodium rejeté par les urines est également sensiblement diminuée et sans que cela soit en relation avec l'élimination de l'urée. C'est même là une particularité dont on peut faire un argument contre ceux qui prétendent qu'il s'agit, dans ces conditions, non d'un trouble général de la nutrition, dû en grande partie à l'insuffisance de l'alimentation, mais d'une véritable suspension dans l'exercice des fonctions hépatiques. A. MATHIEU.

II. — L'auteur, après avoir vérifié l'exactitude de l'assertion de Brouardel, que généralement la quantité d'urée de l'urine diminue dans la plupart des affections du foie, a cherché une explication physiologique de ce fait. S'agit-il d'un trouble de l'excrétion, ou d'un trouble de la formation de l'urée?

Il a institué à cet effet une série d'expériences pour doser l'urée du sang; les analyses portaient sur du sang extrait par des ventouses appliquées à la région hépatique. Quatre observations montrent que chez les ictériques l'urée urinaire est diminuée, et l'urée sanguine augmentée; autrement dit, si l'urée a diminué dans l'urine, ce n'est point parce qu'elle se produit en moindre quantité, mais parce qu'elle n'est plus excrétée aussi facilement. Chez deux malades atteints de cirrhose et non ictériques, les résultats ont été analogues.

D'où cette conclusion, que dans nombre de maladies du foie l'urine contient moins d'urée qu'à l'état normal, le sang en contient une plus forte quantité, et que l'abaissement du taux de l'urée urinaire est dû à un défaut d'excrétion de ce produit des combustions organiques.

On peut admettre théoriquement que les matériaux biliaires agissent sur le rein et limitent sa sécrétion, et pratiquement la nécessité d'entretenir la polyurie chez tous les ictériques. H. L.

III. — Ce travail est basé sur quatre observations corroborées par les recherches bibliographiques très complètes faites par l'auteur. Il admet que le myosis est en rapport avec l'absence des acides biliaires dans l'urine, et la dilatation pupillaire avec la présence de ces acides dans

l'urine. Le myosis a été très accentué dans deux observations d'ictère grave qu'il rapporte et dans lesquelles les urines présentaient, non la réaction des acides biliaires, mais celle du pigment. Dans deux cas d'ictère hépatogène catarrhal, la dilatation des pupilles était très marquée, et les urines contenaient à la fois le pigment et les acides biliaires. L'auteur explique le myosis dans l'ictère par une excitation du nerf oculo-moteur ou par une paralysie du sympathique causée par la rétention des acides biliaires dans le sang. F. BALZER.

IV. — Les malades chez lesquels Trastur a constaté la toux qu'il qualifie de spléno-hépatique présentaient un engorgement du foie ou de la rate, ou des deux organes à la fois : engorgement simple, dépendant soit de l'influence paludéenne, soit de troubles dyspeptiques. Comme la toux gastrique, elle a un certain caractère nerveux, spasmodique, ordinairement sans expectoration, sauf parfois le rejet de quelques mucosités incolores. Cette toux est plus ou moins rude, plus ou moins fréquente; brève, non quinteuse, elle se montre souvent, caractère important, à l'occasion des mouvements ou de l'ingestion des aliments, mais surtout par la palpation et la percussion du foie et de la rate. S'il y a des accès de fièvre, cette toux est parfois très réitérée et pénible au moment du frisson. Par elle-même elle n'est nullement inquiétante; mais quand elle est jointe à la pâleur, à la maigreur, à l'anorexie, à la faiblesse, à l'essoufflement, à un aspect cachectique, s'il s'agit d'un valétudinaire ou d'un adolescent, le diagnostic avec la granulie peut être hésitant.

D'après les recherches récentes de Morat et Arloing, d'après celles antérieures de Franck, elle ne devrait pas être expliquée par le pneumogastrique, mais bien par le grand sympathique : on sait en effet que c'est par cette voie que les réflexes arrivent au poumon, pour déterminer le resserrement de ses vaisseaux.

Cette excitation des filets du grand sympathique produit dès lors un ralentissement de l'assimilation qui s'ajoute aux autres conséquences de l'engorgement spléno-hépatique. Comme conséquence thérapeutique, l'auteur insiste tout particulièrement sur l'emploi des révulsifs cutanés (cautère, etc.) appliqués sur le foie et sur la rate et associés au traitement habituel des affections de ces organes. C. GIRAUDEAU.

V. — Gerhardt a trouvé en très grande quantité, dans les selles décolorées des ictériques, une grande quantité de cristaux qui seraient des cristaux de tyrosine. L'auteur se demande si cette tyrosine est due à ce que chez les ictériques l'action du suc gastrique continue dans l'intestin, à une action du suc pancréatique, action qui se manifesterait hors la présence de la bile, ou bien si cette matière est due à une putréfaction des aliments. Peut-être aussi la tyrosine de l'urine des ictériques vient-elle d'une résorption intestinale. L'auteur pose toutes ces questions sans les résoudre. M. DEBOVE.

VI. — Il s'agit d'une femme convalescente d'une péritonite puerpérale, qui souffrait depuis vingt-quatre heures de rétention d'urine. L'élève chargé de pratiquer le cathétérisme n'ayant pu y parvenir, la malade fut prise d'une émotion très forte qui se traduisit par une sorte de crise nerveuse. Une demi-heure après, les sclérotiques présentaient une teinte manifestement subictérique qui n'existait pas auparavant. Une nouvelle tentative de cathétérisme allait être faite, lorsque la femme se mit à uriner spontanément. Les urines

étaient d'une couleur brun foncé et contenaient du pigment biliaire en quantité notable.

Une heure et demie plus tard, la coloration jaune avait envahi tout le corps. Elle était surtout marquée au ventre et sur le tronc. Le lendemain cette jaunisse était aussi foncée qu'à la suite des coliques hépatiques les plus intenses et les plus prolongées. Les urines ressemblaient à de la bière brune et verdissaient sous l'influence de l'acide nitrique. Les selles étaient grises et argileuses. Pas de prurigo, pas de troubles nerveux, pas de tendance hémorragique. Pas d'augmentation de volume du foie.

Deux jours après, l'ictère commençait à pâlir et la bile à réapparaître dans les garde-robes. Vingt-quatre heures plus tard, il n'y avait pour ainsi dire plus trace de jaunisse. Seules, les urines conservaient encore une teinte foncée. Le lendemain, il était impossible de soupçonner l'existence de cet ictère qui avait duré en tout quatre jours.

Ce cas, dans lequel l'élément catarrhal est tout à fait hors de cause, peut être considéré comme un type d'ictère émotif. La décoloration des selles prouve que l'excitation nerveuse n'avait pas produit ici une hypersécrétion biliaire. Tout plaide en faveur d'un ictère par rétention, occasionné par une contracture passagère des muscles lisses qui constituent la paroi des voies biliaires. La rapidité de la marche vient encore à l'appui de cette manière de voir. GASTON DECAISNE.

VII. — Toelg et Neusser rapportent un cas d'ictère grave survenu dans les circonstances suivantes :

Un homme de 52 ans, robuste, sobre, devint ictérique huit ou dix jours après une indigestion produite par l'ingestion de saucisse avariée. Au moment de l'examen, on constate l'existence d'énormes pétéchies et d'hématurie. Le foie est augmenté de volume ; la vésicule biliaire accessible par le toucher est distendue. La rate est tuméfiée. La mort survient par le fait de l'abondance des hémorragies. A l'autopsie on trouve les voies biliaires dilatées par le fait d'un catarrhe du canal cholédoque. Le foie est normal, mais imprégné par la bile. Il n'y avait aucune altération importante des reins.

M. DEBOVE.

VIII. — D'une étude avec observation sur les ictères graves sporadiques curables, l'auteur tire quelques conclusions, dont nous extrayons les suivantes : l'ictère grave typhoïde curable, dont la cause ne peut être précisée, débute par des symptômes analogues à ceux des typhiques. A l'ictère s'ajoutent la diminution plus ou moins prononcée des urines et de l'urée, une fièvre qui ne dépasse guère 39°,5, la fréquence exagérée du pouls.

Ces phénomènes disparaissent souvent d'une manière presque soudaine, sauf l'ictère, qui s'éteint graduellement, et la convalescence s'établit.

Parmi les complications il faut noter l'albuminurie fréquente, de même que la parotidite suppurée. La guérison est ordinairement la règle.

IX. — L'auteur, après avoir rappelé qu'en 1881 il a communiqué à la Société de biologie un cas d'oblitération du canal cholédoque sans ictère, ce qu'il avait attribué, d'après certaines lésions, à l'abolition presque totale de la sécrétion biliaire, relate l'observation d'un malade chez lequel il observe actuellement une hypertrophie du foie et de la rate, un tympanisme considérable sans ascite et une décoloration complète des matières fécales sans le moindre ictère. Rapprochant ce fait du premier, il suppose qu'il existe sinon une acholie complète, au moins une oligocholie, dont il faut rechercher la cause dans la lésion hépatique.

A la séance du 24 mai, M. Hanot est revenu sur l'histoire de ce malade et, d'après l'analyse de l'urine faite par M. Robin, montre que la bile était encore sécrétée, que les pigments seuls faisaient défaut, qu'il n'y avait en réalité qu'une acholie pigmentaire.

Chez un nouveau malade, dont M. Hanot rapporte l'histoire, il se trouve encore en présence d'une acholie vraie, causée par une altération encore à déterminer du protoplasma de la cellule hépatique. OZENNE.

X. — La monographie de M. Cyr est plutôt une œuvre personnelle, fruit d'une longue expérience, qu'un résumé de l'état actuel de la science sur l'affection calculeuse du foie. On y trouvera donc peu de compilation et de bibliographie banale, mais des descriptions cliniques très finement analysées et rendues. Entre autres chapitres intéressants, signalons ceux qui ont trait à l'influence de la grossesse et de la parturition sur la lithiase biliaire; à l'étude des températures locales dans la colique hépatique; à la périodicité des crises; enfin et surtout on lira avec grand profit tout ce qui concerne le traitement thermal de l'affection, et notamment la cure de Vichy.

On pourrait seulement reprocher à l'auteur de faire trop bon marché de la valeur diathésique de la lithiase biliaire; une fois les calculs éliminés, la maladie, dit-il, est terminée. C'est là un point de vue peut-être un peu étroit, et qui ne sera pas partagé par ceux qui considèrent l'affection calculeuse du foie comme une des manifestations multiples d'un état général héréditaire ou acquis, d'un vice profond et permanent de la nutrition organique. A. CHAUFFARD.

XI. — Cette étude de la lithiase biliaire, au point de vue anatomo-pathologique est fondée sur les 2,028 autopsies de maladies diverses que Roth a pratiquées à Bâle dans l'espace de huit ans et demi. Sur 166 cadavres, il a trouvé des calculs biliaires, ce qui constitue une proportion de 8,18 0/0. Le chiffre des autopsies d'hommes et de femmes étant sensiblement le même, la fréquence des calculs biliaires chez les premiers est de 4,7 0/0 et de 11,7 chez celles-ci; autrement dit, la lithiase biliaire est deux fois et demi plus commune dans le sexe féminin.

Tous ces chiffres concordent assez bien avec ceux que Fiedler (*Jahresb. der Gesellsch. f. Natur. und Heilk. zu Dresden*, 1879) a obtenus : 7 0/0 sur l'ensemble des autopsies; 4 0/0 chez les hommes, et 9,6 chez les femmes.

La fréquence des calculs biliaires croit rapidement avec l'âge. Jusqu'à 30 ans, elle n'est que de 3,23; de 31 à 60 ans, elle atteint 8,6; enfin, au-dessus, elle s'élève à 17,52 0/0.

Dès le jeune âge, la prédisposition du sexe féminin s'accuse.

Roth n'a remarqué aucune coïncidence insolite des calculs biliaires avec quelque autre affection, telles que les lésions organiques du cœur, les calculs rénaux ou l'athérome artériel. Relativement à cette dernière affection, dont Beneke (*R. S. M.*, IX, 517) avait signalé la coïncidence fréquente, Roth fait remarquer que Beneke lui-même lui enlève toute importance, puisqu'il reconnaît que l'athérome est également commun chez les vieillards des deux sexes, tandis que les calculs biliaires sont plus fréquents chez les femmes.

La présence de calculs dans le canal cholédoque est moins exceptionnelle que ne l'a cru Fiedler, qui ne l'avait constatée que 2 fois sur

270 autopsies, tandis que Roth l'a notée 16 fois sur ses 166 autopsies de lithiase biliaire.

Quand les ulcérations déterminées par ces calculs guérissent, elles donnent lieu à des cicatrices rayonnées que Roth a observées 13 fois sur la muqueuse de la vésicule, 3 fois sur celle du conduit cystique, et 1 fois sur celle du canal cholédoque.

Le mode, à la fois le plus habituel et le plus favorable de perforation des voies biliaires, a lieu dans l'intestin. L'ouverture dans l'intestin peut se faire en 3 points différents : 1° perforation de la vésicule dans la courbure supérieure du duodénum, habituellement à 5 centimètres de l'anneau pylorique et partant, au-dessus de l'abouchement du canal cholédoque; Roth a rencontré 6 cas de ce genre : 5 fois l'orifice était béant, 1 fois cicatrisé.

2° Rupture de la vésicule dans le côlon transverse, que Roth a vue 4 fois, l'orifice étant toujours béant.

3° Rupture de la partie inférieure du canal cholédoque dans le duodénum, à quelques millimètres au-dessus de l'embouchure duodénale de ce canal, tout à côté de lui.

Roth a trouvé 2 fois l'orifice béant, et 1 fois l'orifice cicatrisé. Après l'issue des calculs, il y a persistance de trajets fistuleux.

Au décours de la fièvre typhoïde on a signalé des inflammations des voies biliaires. C'est ainsi que sur les 172 autopsies de typhoïdiques faites en huit ans et demi, Roth a compté 9 cholécystites catarrhales sans calculs, et 11 exemples de lithiase biliaire simple ou compliquée, dont 3 perforations mortelles de la vésicule biliaire. Une autre des malades, une femme de 26 ans, présentait un kyste gros comme une tête d'enfant, contenant deux litres de liquide verdâtre, puriforme, de nombreux calculs. Ce kyste était formé par les canaux cystique, hépatique et cholédoque, tandis que la vésicule biliaire était à peine dilatée.

La fièvre typhoïde a une influence fâcheuse sur l'affection calculeuse du foie ; elle prédispose à la suppuration, à l'ulcération et à la perforation des voies biliaires.

Si l'on néglige les cas de lithiase biliaire où la fièvre typhoïde a amené la mort, la mortalité de la lithiase biliaire suit une marche parallèle à celle de la mortalité, c'est-à-dire qu'elle est plus marquée dans le sexe féminin et à un âge avancé.

Sur ses 166 autopsies de lithiase biliaire simple, Roth n'en compte que 5 où les calculs aient été cause de la mort, ce qui fait une proportion de 3 0/0. Relativement à l'ensemble des autopsies, cette proportion n'est que de 25 0/0.

XII. — Dans le but d'éclairer la physiologie de la colique hépatique, Simanowsky a entrepris une série d'expériences sur des chiens. Il établissait d'abord une fistule biliaire, puis soumettait la vésicule à diverses excitations. Ces expériences l'ont conduit aux résultats suivants :

1° L'introduction dans la vésicule biliaire des électrodes ou de tout autre corps étranger provoque une très violente douleur.

2° Lorsqu'on essaye d'enfoncer ou de retirer les électrodes, on éprouve une certaine douleur qui tient vraisemblablement à une contracture spasmodique des parois de la vésicule. Au bout de quelques instants cette résistance disparaît, elle peut cependant se reproduire.

3° La fréquence des battements du cœur augmente sous l'influence des excitations électriques faibles, elle diminue sous l'influence des excitations fortes et il survient de l'arythmie.

4° Lorsque les excitations sont persistantes, l'activité cardiaque diminue. Cet effet se produit aussi bien avec les excitations faibles.

5° Les excitations accélèrent les mouvements respiratoires (20 à 70 respirations par minute). Une forte excitation amène un arrêt momentané de la respiration.

6° La température rectale s'élève pendant l'excitation, et il n'y a aucun rapport entre cet effet et les mouvements violents de l'animal.

7° La température de la peau prise sur des points symétriques a souvent présenté de grandes variations, sous l'influence des excitations de la vésicule, elle baissait souvent d'un côté pour s'élever de l'autre.

8° L'animal devient ordinairement raide, pendant les excitations. Le même effet peut être observé à un moindre degré quand on excite l'estomac.

9° A la fin de l'expérience il n'est pas rare de constater une parésie des membres postérieurs. Elle peut durer plusieurs mois.

10° L'excitation de la vésicule produit souvent des vomissements.

11° L'excitation produit toujours une augmentation de la pression sanguine, à moins qu'on n'ait préalablement sectionné le nerf vague au cou.

M. DEBOVE.

XIII. — M..., 55 ans, a eu plusieurs attaques de coliques hépatiques; depuis six mois, durant la nuit il éprouve de fortes palpitations, puis un arrêt subit du cœur et du pouls : actuellement le pouls donne deux pulsations, puis un arrêt. Volume du cœur normal. Pas de bruit de souffle. Bruit de galop à gauche, dans le troisième espace intercostal. Foie volumineux, déborde les fausses côtes.

L'auteur discute les différentes interprétations qu'on a déjà données de ces phénomènes et fait remarquer, d'après cette observation, que la lithiase biliaire à l'état aigu ou chronique produit des altérations cardiaques se manifestant à l'état aigu et chronique, par un dédoublement du second bruit dans le territoire reconnu de l'artère pulmonaire.

OZENNE.

I. — The causation of tropical hepatitis, par E. MILWARD (*Brit. med. journ., juin* 1884).

II. — Étude sur les abcès aréolaires du foie, par A. CHAUFFARD (*Arch. de phys.*, 15 *février* 1883).

III.— Étude anatomo-pathologique des abcès dysentériques du foie, par KELSCH et KIENER (*Ibid.*, 30 *juin* 1884).

IV. — On tropical liver abcess, par Joseph FAYRER (*Brit. med. journ., p.* 1129, *juin* 1884).

V. — Abcès du foie consécutif à une ulcération de l'appendice cœcal par une épingle, par NETTER (*France méd.*, 9 *janvier* 1883).

VI. — Ueber traumatischen Doppelabcess der Leber, par Fr. MOSLER (*Zeit. f. klin. Med., Band VI, p.* 173).

VII. — Contribution à l'étude de la dégénérescence kystique du foie, par Ch. SABOURIN (*Arch. de phys.*, 1882).

VIII. — Même sujet, par LE MÊME (*Ibid.*, 1882).

IX. — Du rôle que joue le système veineux sus-hépatique dans la topographie de la cirrhose du foie, par LE MÊME (*Rev. de méd., juin* 1882).

X. — Note sur l'oblitération des veines sus-hépatiques dans la cirrhose du foie, par LE MÊME (*Ibid., août* 1882).

XI. — Note sur un cas de cirrhose biliaire avec atrophie du foie, par TUFFIER et GIRAUDEAU (*Ibid., n°* 12, 1882).

XII. — Sur deux cas de cirrhose hypertrophique graisseuse avec ictère, par P. MERKLEN (*Ibid., p.* 997, 1882).

XIII. — Sur les rapports qu'affectent les canaux veineux sus-hépatiques avec le tissu fibreux dans les cirrhoses annulaires et insulaires, par Ch. SABOURIN (*Ibid., février* 1883).

XIV. — Note sur un cas de cirrhose atrophique avec adénome généralisé du foie, par P. MERKLEN (*Ibid., avril* 1883).

XV. — La glande biliaire et l'évolution nodulaire graisseuse du foie, par Ch. SABOURIN (*Ibid., mai* 1883).

XVI. — La cirrhose du système sus-hépatique d'origine cardiaque, par LE MÊME (*Ibid., juillet* 1883).

XVII. — Contribution à l'étude des cirrhoses graisseuses, par LE MÊME (*Ibid., p.* 113, 1884).

XVIII. — De la cirrhose alcoolique graisseuse, par GILSON (*Thèse de Paris*, 1884).

XIX. — Étude sur la cirrhose graisseuse, par G. BELLANGÉ (*Thèse de Paris*, 1884).

I. — L'auteur regarde l'intempérance et surtout l'alimentation excessive comme la grande cause de l'hépatite chez les jeunes soldats anglais qui servent aux Indes. Il fait remarquer la rareté de l'affection chez les Hindous qui se nourrissent d'une façon très légère, et chez les Européens d'autre nationalité qui vivent sobrement. Sans doute la dysenterie joue un grand rôle dans l'étiologie des abcès du foie : mais l'usage immodéré des bières fortes, alcooliques, dont abuse l'armée anglaise, agit surtout comme cause provocatrice de l'hépatite.

Suivent quatre faits d'hépatite suppurée, deux suivis de mort (avec lésions intestinales) et deux guéris, l'un par vomique pulmonaire, l'autre par incision antiseptique. H. R.

II. — Outre les grands abcès lobaires, les petits foyers disséminés de l'infection purulente, les suppurations pyléphlébitiques, et les angiocholites suppurées intra-ampullaires ou compliquées d'abcès biliaires proprements dits, l'on peut rencontrer dans le foie des abcès d'un type tout à fait anormal et non encore décrit jusqu'à ce jour.

En raison de leur apparence toute spéciale, ces abcès méritent la dénomination *d'abcès aréolaires*.

Leur forme générale est assez comparable à celle des infarctus : leur base est périphérique, et leur sommet profondément enfoncé au sein du parenchyme hépatique. Leur volume total égale ou dépasse celui d'une mandarine ou d'une pomme. Ils sont constitués par des logettes qui, con-

fondues au centre en une ou plusieurs cavernes par suite de la destruction des cloisons de séparation, restent distinctes à la périphérie, et d'autant plus petites qu'on se rapproche davantage des limites extrêmes du foyer purulent. Ils renferment un pus tantôt jaunâtre, épais et crémeux, tantôt glaireux et verdâtre. Ils sont limités par une paroi pyogénique d'un blanc laiteux, épaisse de 2 à 5 millimètres, non séparable par la dissection, sillonnée de festons réguliers, et toute creusée de petites aréoles inégales, isolées, ou pour la plupart communiquant entre elles.

En dehors de cette membrane, le parenchyme hépatique paraît à l'œil un peu altéré; les veines du foie sont saines, les voies biliaires intra et extra-hépatiques ne sont souvent ni dilatées ni malades.

L'examen histologique montre que la structure de l'abcès lui-même, envisagé dans son unité évolutive, l'aréole purulente, est très simple.

Au début le travail inflammatoire se localise dans un espace-porte. Le tissu sclérosé de cet espace devient le siège d'un petit amas de cellules rondes qui présente en son centre ou à sa périphérie un ou plusieurs canalicules biliaires. L'artère hépatique et les veines portes périlobulaires restent indemnes. Les canaux biliaires, au contraire, sont bourgeonnants, anastomosés et notablement augmentés de volume.

Plus tard, le nodule inflammatoire s'étend à la périphérie et empiète sur les lobules avoisinants, en même temps qu'au centre il dégénère et se transforme en aréole purulente.

Quand la fonte du nodule est encore récente, la paroi qui limite l'aréole est presque uniquement cellulaire; dans les parois des aréoles plus anciennes, la membrane pyogénique est épaisse et presque fibreuse.

Au voisinage immédiat de l'aréole, le tissu hépatique présente des altérations variables: tassement des travées, congestion des capillaires radiés, cirrhose lamellaire, hépatite interstitielle diffuse. Plus loin, les lobules reprennent leurs caractères normaux; les espaces portes seuls restent altérés, et offrent les lésions typiques de la cirrhose biliaire. Les gros troncs biliaires collecteurs contenus dans les grands canaux-portes situés à la périphérie du foyer purulent et semblant s'y diriger, sont dilatés et atteints d'angiocholite desquamative.

Les résultats de l'examen anatomique et de l'examen histologique s'accordent à montrer que les abcès aréolaires sont toujours précédés, dans leur localisation, et accompagnés, dans leur développement, par des lésions inflammatoires des canaux biliaires. Il est donc légitime d'établir entre ces deux lésions un rapport de cause à effet, et de considérer les abcès aréolaires comme des abcès angiocholitiques.

La raison première de l'angiocholite génératrice des abcès aréolaires échappe encore. L'intensité et la profondeur des lésions doivent faire penser à l'intervention initiale d'un élément d'une grande puissance septique. Il ne répugne point d'admettre que, dans des conditions encore indéterminées de milieu chimique ou plus probablement parasitaire de l'intestin grêle, des principes irritants et septiques peuvent pénétrer dans les voies biliaires, remonter plus ou moins loin dans leur cours, et déterminer secondairement, au niveau et au-dessus de leur point de fixation, toute la série des lésions qui caractérisent les abcès aréolaires du foie.

III. — Schématiquement on peut ramener à deux types le développement et l'évolution des abcès du foie d'origine dysentérique.

Dans un premier ordre de faits, on voit se produire au sein du parenchyme hyperémié des nodules résultant de l'accumulation de leucocytes dans le réseau capillaire. Ces nodules se nécrosent dans leur partie centrale et se ramollissent par une sorte de fonte fibrineuse, rappelant la formation du thrombus blanc. Lorsqu'ils cessent de s'agrandir, on voit se former à leur pourtour une zone de tissu embryonnaire, plus ou moins vasculaire, plus ou moins nettement disposé en membrane bourgeonnante, et qui se recouvre d'un exsudat diphtéritique.

Dans une deuxième série de faits, on voit se produire au sein du parenchyme hyperémié, non plus une simple accumulation de leucocytes, mais un tissu à substance fondamentale fibreuse, plus ou moins chargé de leucocytes, et plus ou moins vasculaire. Le nodule ainsi constitué, se ramollit aussi à sa partie centrale par un mécanisme qui, suivant la plus ou moins grande vascularité du tissu, rappelle tantôt la formation des abcès précédents, tantôt la fonte d'une gomme syphilitique. Ces sortes d'abcès ont une évolution plus lente, une extension moins considérable, et leur surface interne est le siège d'une exsudation moins abondante, ce qui explique sans doute pourquoi les productions diphtéritiques y sont plus discrètes. A. GILBERT.

IV. — L'intérêt de cette leçon réside surtout dans l'étude des relations respectives de l'hépatite et de la dysenterie. L'auteur s'appuie pour la résoudre sur les statistiques de l'armée anglaise aux Indes depuis 1870 jusqu'à 1880. Nous ne pouvons donner les chiffres en détail : ils sont intéressants à consulter.

Ce qui ressort de ces statistiques, c'est que le vrai abcès du foie tropical n'est pas nécessairement lié à la dysenterie, comme le supposaient Budd et Annesby. Pour Fayrer, l'hépatite suppurée est la conséquence à peu près constante de l'irritation directe du foie par une nourriture trop excitante ou par des excès alcooliques. Quant aux relations de l'hépatite avec les autres maladies, voici comment l'auteur les comprend et les résume :

1° Une première catégorie d'abcès comprend les abcès du foie septicémiques, qui dépendent d'embolies putrides, de débris de parenchyme nécrosé, de pus altéré : on les trouve alors disséminés simultanément dans les poumons et les autres organes ; c'est l'infection purulente classique ;

2° Une forme d'abcès du foie co-existant avec la dysenterie est le résultat de l'absorption directe du pus ou des détritus septiques qui se forment au niveau des ulcérations intestinales. Ce sont des infarctus septiques d'origine lymphatique ou veineuse. L'abcès hépatique peut être unique ou multiple : c'est en général une forme grave, à pronostic presque fatal ;

3° La dysenterie, la malaria et l'hépatite peuvent coïncider et se superposer pour ainsi dire chez le même sujet, sous l'influence des circonstances climatériques. En pareil cas, il est nécessaire de penser que l'abcès hépatique dépend de la dysenterie ; mais l'auteur pense qu'il s'agit plutôt d'une simple coïncidence que d'une relation de cause à effet. Cliniquement, cette variété d'abcès du foie diffère de la précédente au point de vue du diagnostic et du pronostic ;

4° Quant aux abcès ordinaires tropicaux, ils sont tout à fait indépendants de la dysenterie.

Au point de vue du traitement, l'auteur est partisan d'une intervention large et précoce ; il fait ouvrir la cavité abdominale antiseptiquement, dès que l'on a la certitude de la présence du pus. Grâce à cette manière de faire, la mortalité par hépatite est devenue sensiblement atténuée. Dans l'armée anglaise du Bengale, de 1860 à 1870, l'hépatite fournissait un contingent de 59 cas pour 1,000 hommes, et une mortalité de 3,31 ; de 1870 à 1879, la proportion est descendue à 4 pour 1,000 d'admission, et à 2 pour 1,000 de mortalité. H. R.

V. — Femme de 23 ans, souffrant depuis trois jours d'anorexie, de douleurs de tête et de ventre. On diagnostique d'abord un embarras gastrique simple.

Au bout de quelques jours, on est porté à soupçonner la granulie. Les jours suivants, fièvre, amaigrissement, sueurs nocturnes. Le quinzième jour, en arrière et à la base du poumon droit, matité qui va en augmentant les jours suivants. Affaiblissement du murmure vésiculaire. Vibrations nulles dans les deux poumons. Légère matité à la base gauche. Abaissement du bord libre du foie Œdème des parois thoraciques. Accès fébriles persistants, avec rémissions de 2° et 3°.

Un mois après l'entrée de la malade à l'hôpital, on fait une ponction qui donne issue à 100 grammes d'un liquide extrêmement fibrineux, lequel renferme beaucoup de globules rouges et se coagule immédiatement.

L'abaissement du foie augmente de plus en plus. Aggravation de l'état général, frissons. A la fin de la sixième semaine, on ponctionne le foie qui est descendu au-dessous du nombril. Il sort 300 grammes d'un liquide jaune, épais, d'odeur très fétide. Mort deux jours après.

A l'autopsie, on trouve un foie énorme. Son lobe droit renferme une poche contenant au moins deux litres d'un pus fétide et jaunâtre. Au niveau du bord droit, à sa partie inférieure, second abcès irrégulier renfermant 300 grammes de pus. Dans tout le lobe droit sont disséminés d'autres abcès dont le volume varie de celui d'un œuf de pigeon à celui d'un œuf de poule. Rien dans le lobe gauche. Rien dans la veine porte.

Dans l'appendice cœcal, on trouve une épingle placée la tête en bas. Au niveau de sa pointe, ulcération annulaire de la muqueuse. Il y a de plus une aiguille à la partie postérieure du péritoine, un peu au-dessus du pancréas ; elle est plantée dans le tissu cellulo-adipeux rétro-péritonéal.

Le sommet du poumon gauche est dur et crépite mal. Pas de tubercules. A droite, 2 litres de sérosité rougeâtre, transparente. Abcès métastatiques d'un volume variant de celui d'un gros pois à celui d'un grain de chènevis.

L'auteur admet que l'infection générale a eu pour point de départ l'ulcération qui a mis le contenu intestinal en rapport avec les origines de la veine porte. Le liquide extrait du foie renfermait, en effet, de longs corps elliptiques, immobiles, à grand axe d'une longueur double de celle d'un globule rouge, et paraissant tout à fait identiques aux germes renfermés normalement dans l'intestin. GASTON DECAISNE.

VI. — Mosler rapporte l'observation d'une malade qui eut deux abcès du foie, à la suite d'un violent coup de coude dans l'hypochondre. L'un des abcès contenait des échinocoques, l'autre n'en contenait pas. Ainsi le même traumatisme aurait d'une part produit un abcès et d'autre part amené la suppuration d'un kyste hydatique. M. DEBOVE.

VII. — Pour le foie :

1. Les kystes se développent aux dépens de la glande biliaire.

Le processus comprend trois phases successives, pour la grande majorité des kystes au moins, sinon pour tous.

1° Il y a une néoformation d'un réseau de canalicules biliaires, aux dépens des trabécules sécrétantes de la bile, réseau plongé dans une trame conjonctive. Ce processus fibro-épithélial dans lequel la trame conjonctive a pour limites les limites mêmes de la production des canalicules nouveaux, se produit sous forme de nodules qui s'échelonnent sur le trajet des voies biliaires, de sorte que, dans son ensemble, la lésion du foie n'a aucun des caractères topographiques de la cirrhose.

2° Dans les nodules fibro-épithéliaux ainsi formés, les canalicules subissent une transformation alvéolaire qui donne aux coupes de ces nodules l'aspect des angiomes caverneux.

3° Dans ces angiomes caverneux biliaires, certains sinus se développent aux dépens des autres, et les grands kystes résultent de la confluence des petits kystes isolés. La paroi des grands kystes est formée par la plus grande partie du tissu conjonctif qui constituait le stroma du nodule fibro-épithélial, et ensuite de l'angiome biliaire.

4° Certains kystes arrivés à l'état parfait peuvent subir une série d'altérations qui ont pour résultat la guérison de la tumeur.

2. A côté de la lésion appelée kyste séreux du foie, ou dégénérescence kystique du foie, lésion qui accompagne assez souvent les reins kystiques de l'adulte, on peut observer, dans certaines cirrhoses hépatiques, des kystes dont la nature, l'origine et l'évolution sont les mêmes que dans ce foie kystique accompagnant la maladie des reins.

VIII. — Cette observation vient compléter l'histoire des kystes dans la cirrhose du foie.

L'évolution régulière étant l'atrophie graduelle de ces canalicules nouvellement formés, il résulte de cet ensemble de faits que nous connaissons quelques types de déviation à cette évolution d'atrophie :

1° Par la prolifération de leurs épithéliums, et leur végétation en forme de culs-de-sac, ces néo-canalicules biliaires peuvent donner lieu à des polyadénomes biliaires (Kelsch et Kiener);

2° Par une évolution en surface, toute spéciale, de leur épithélium, ces néo-canalicules peuvent donner lieu à des tumeurs angiomateuses que leur dépendance du réseau biliaire doit faire dénommer des angiomes biliaires. Cette lésion qui paraît être assez rare, ou mieux qui a été rarement observée, peut se montrer disséminée dans toutes les régions d'un foie cirrhotique, au milieu des travées conjonctives ;

3° Une altération secondaire se produisant dans les précédents angiomes biliaires, altération caractérisée par la dilatation énorme de leurs sinus constituants, on a une troisième espèce de productions accidentelles, ce sont les kystes biliaires, dans la cirrhose. GILBERT.

IX. — Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Parmi les diverses variétés de cirrhoses hépatiques présentant au microscope la forme plus ou moins annulaire, il en existe un certain nombre qui, plus que probablement d'origine simplement alcoolique, méritent le nom de cirrhoses annulaires, veineuses pures. Ces termes multiples ne sont pas inutiles pour bien préciser la nature des lésions dont il s'agit;

2° Ce sont des cirrhoses annulaires, absolument systématiques, dans

lesquelles les bandes fibreuses qui sillonnent le foie résultent de l'évolution simultanée de deux systèmes cirrhotiques, l'un qui suit le réseau veineux-porte, l'autre qui suit le réseau veineux sus-hépatique. Ces deux vastes systèmes fibreux communiquent entre eux par de nombreuses anastomoses ;

3° Les anneaux fibreux sont surtout formés aux dépens du système fibreux péri-sus-hépatique ;

4° Cette cirrhose bi-veineuse est tantôt monolobulaire, tantôt multilobulaire;

5° La cirrhose monolobulaire résulte de ce fait que les deux systèmes veineux sont atteints jusque dans leurs dernières ramifications. Dans ce cas, les ilots cirrhotiques sont très petits, car ils répondent à des segments de lobules hépatiques, résultant de la division de ces derniers par les bandes fibreuses multiples qui réunissent, d'une part, les veines centrales entre elles, et d'autre part, les espaces portes à ces dernières sur beaucoup de points. Le terme de lobules de la cirrhose doit donc disparaître pour caractériser ces îlots, car il tend à éterniser la confusion regrettable d'un rapport existant entre ces îlots cirrhotiques et les lobules hépatiques, rapport qui n'existe plus;

6° Les cirrhoses purement monolobulaires dans toute l'étendue de l'organe correspondent macroscopiquement à des foies indurés, lisses ou à peine finement grenus;

7° La cirrhose multilobulaire résulte de ce fait que les deux systèmes veineux ne sont atteints que partiellement sur certaines de leurs ramifications correspondant à des territoires glandulaires plus ou moins vastes. Entre les domaines vasculaires atteints, il existe un nombre variable de ramifications portes et sus-hépatiques respectées, correspondant à autant de petits territoires glandulaires élémentaires ;

8° Ces cirrhoses multilobulaires correspondent macroscopiquement à des foies granuleux, à granulations variables, faisant partie de l'ensemble macroscopique connu sous le nom de cirrhose de Laennec ;

9° En thèse générale, cette cirrhose est d'emblée ou monolobulaire ou multilobulaire et persiste à cet état jusqu'à la fin. La cirrhose monolobulaire n'est pas produite par une extension secondaire de la multilobulaire. Mais c'est une sorte de loi qui peut souffrir des exceptions, car les vaisseaux des deux ordres correspondant aux territoires glandulaires élémentaires, d'abord respectés dans un ilot multilobulaire, peuvent très bien se prendre à leur tour consécutivement.

X. — Dans la grande masse des cirrhoses vraies, autres que les cirrhoses biliaires pures, dit M. Sabourin, le système des veines sus-hépatiques est le siège d'oblitérations d'étendue variable, souvent très limitées, oblitérations pouvant occuper les différentes ramifications de ce système, depuis les branches intra-lobulaires jusqu'aux branches d'un calibre considérable, oblitérations dues à une véritable phlébite adhésive.

C. GIRAUDEAU.

XI. — Il s'agit dans cette observation d'un malade atteint d'ictère chronique dont la cause a échappé et dont les symptômes objectifs étaient caractérisés par une atrophie du foie sans ascite, une hypertrophie considérable de la rate.

L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une cirrhose hépatique d'origine

biliaire, mais indépendante de la lithiase biliaire; le foie était très petit, lisse, de coloration verdâtre. L'examen histologique démontra, en outre, une cirrhose interlobulaire, caractérisée par des bandes de tissu fibreux, séparant les lobules les uns des autres, mais ne proliférant pas à l'intérieur du lobule; il existait, en outre, une néoformation considérable de canalicules biliaires. Les auteurs inclinent à penser qu'il s'agit d'une cirrhose hypertrophique biliaire arrivée à la période atrophique, le processus inflammatoire actif s'étant depuis longtemps arrêté. W. ŒTTINGER.

XII. — L'auteur a surtout cherché à élucider le mécanisme de la production de l'ictère dans cette affection; c'est ainsi qu'il le considère comme la conséquence d'une hépatite diffuse intra-lobulaire aiguë ou subaiguë, qui, par l'abondante néoformation embryonnaire qu'elle détermine entre les cellules hépatiques, interrompt le cours de la bile dans le lobule. D'après lui, l'intensité de l'ictère est en raison directe de l'intégrité des cellules hépatiques. En d'autres termes, l'ictère serait d'autant moins prononcé que la dégénérescence graisseuse des cellules est plus complète.

XIII. — Dans un précédent travail, M. Sabourin avait montré que les veines sus-hépatiques sont l'un des grands foyers d'évolution du tissu fibreux dans les cas de cirrhose annulaire, que ces veines sont lésées au même titre que les rameaux portes; aujourd'hui il se propose de prouver que dans les cirrhoses insulaires le processus scléreux est primitivement limité aux espaces portes et que les veines sus-hépatiques ne sont intéressées que secondairement, de proche en proche pour ainsi dire, par la sclérose. En effet, on aperçoit souvent en un point de la paroi veineuse un tractus fibreux qui, parti de la périphérie du lobule, arrive jusqu'au rameau sus-hépatique, mais il s'épuise à ce niveau, et jamais alors on ne voit d'anneau fibreux se former autour de cette veine; les autres points de sa circonférence restent en contact immédiat avec les cellules hépatiques. Il s'agit donc là d'une cirrhose d'emprunt et non pas d'une cirrhose propre comme on l'observe dans les cas de cirrhose annulaire.

XIV. — Homme de 67 ans, malade depuis un an, commença six mois avant son entrée à l'hôpital à se plaindre de coliques avec alternatives de diarrhée et de constipation; au bout de quatre mois son ventre commença à grossir. Au moment de son admission dans le service de M. Vulpian, il avait une ascite considérable, une teinte subictérique des téguments. Le foie était petit, la rate volumineuse; l'état général très mauvais. Quelques jours après, il eut une hémorragie intestinale abondante et une pneumonie double à laquelle il succomba. A l'autopsie, la face présentait tous les caractères de la cirrhose atrophique, et, en outre, sur une coupe de l'organe on constatait des points blanchâtres, d'aspect et de consistance caséeuse, de la grosseur de grains de mil. La veine porte était le siège d'une thrombose occupant son tronc et ses principales branches. Enfin, la vésicule biliaire affaissée et épaissie renfermait un grand nombre de calculs à facettes; de plus, la cirrhose à son niveau était à son maximum. A l'examen histologique, indépendamment des lésions de la cirrhose vulgaire, on constata la présence de nodules adénomateux ayant leur maximum de développement au voisinage de la vésicule biliaire et ayant de là envoyé des bourgeons épithélioïdes dans toute l'épaisseur du foie par l'intermédiaire des vaisseaux portes.

XV. — Dans les travaux précédents l'auteur a cherché à démontrer que le foie est une glande formée de lobules ayant pour centre un espace

porte autour duquel viennent se grouper les cellules hépatiques ; à la périphérie se trouvent rejetées les veines sus-hépatiques, absolument comme dans le poumon les veines pulmonaires occupent les interstices des lobules. Ces lobules hépatiques primitifs se réunissent pour en former un d'un ordre supérieur ; ainsi se trouverait constituée l'analogie du foie avec les autres glandes en grappe. Il a trouvé un argument de plus à cette théorie dans l'étude de certains foies gras.

« Dans un premier degré, en effet, la dégénération vésiculo-graisseuse frappe, individuellement, chaque lobule primitif biliaire, en allant du centre (espace porte) à la périphérie (veines centrales du lobule hépatique) ; comme cette altération rayonne non en surface, mais en espace, c'est donc une *évolution nodulaire.* La dégénérescence marche ainsi de dedans en dehors, et arrive peu à peu à ne laisser à la périphérie du lobule biliaire qu'une sorte de capsule de tissu sain. Sur les coupes, à ces différentes phases, on aura donc, d'abord, une tache graisseuse englobant l'espace porte, puis un cercle graisseux de plus en plus large, limité par un anneau de tissu hépatique non dégénéré. Comme tous les lobules contigus sont atteints de la même façon, les anneaux réunis forment le stroma interlobulaire. Mais bientôt les trabécules hépatiques qui forment ces travées sont elles-mêmes atteintes par la graisse, et toute limite disparaît entre les lobules primitifs biliaires. Il faut même admettre que beaucoup d'espaces portes (centres apparents de ces lobules) voient leurs éléments constituants, si délicats, être atteints de la même dégénérescence, car beaucoup de leurs vestiges ont disparu. De même les veines centrales (zones limitantes de ces petits lobules) à parois si minces sont affaissées, et leur calibre ne suffit plus à les faire reconnaître au milieu des capillaires sanguins qui entourent les vésicules adipeuses. »

XVI. — Contrairement à ce qui a été avancé dans ces dernières années, M. Sabourin croit que la cirrhose cardiaque a son point de départ dans les veines sus-hépatiques, ainsi que cela a été admis longtemps sans conteste.

Pour étudier ces lésions, il faut s'adresser à des foies provenant de vieux cardiaques et ayant subi un certain degré de rétraction : on voit alors que les veines centrales des lobules sont distendues et entourées d'une zone conjonctive qui se prolonge sous forme de travées le long des capillaires sanguins dilatés ; les cellules hépatiques qui entourent la veine sus-hépatique s'atrophient d'abord puis finissent par disparaître. A un degré de plus, les capillaires sanguins plongés de toutes parts au milieu du tissu conjonctif, se rétrécissent et finissent par disparaître d'autant plus qu'on approche du centre du lobule. Enfin les gaines conjonctives qui entourent les veines sus-hépatiques émettent des prolongements qui finissent par se rejoindre et limitent alors des mailles au centre desquelles se trouvent les espaces portes et la portion du tissu hépatique qui a résisté à la destruction.

XVII.— Ce mémoire est consacré à l'étude microscopique d'une variété de cirrhose hypertrophique graisseuse qui, au lieu d'être diffuse comme la plupart des cas décrits sous cette dénomination, est annulaire, seulement les anneaux, au lieu d'être nettement circonscrits comme dans la cirrhose atrophique vulgaire, sont dentelés sur leurs bords et envoient

des prolongements dans l'épaisseur du parenchyme hépatique. Quoi qu'il en soit, cette variété de cirrhose prendrait naissance dans le réseau veineux sus-hépatique et se montrerait au début sur les coupes à l'état de simples plaques étoilées à bord diffus, puis sous forme d'anneaux complets résultat de la fusion régulière des rayons fibreux émanés des plaques précédentes. Tantôt monolobulaire, tantôt multilobulaire, cette cirrhose s'accompagnerait souvent de phlébite oblitérante des veines sus-hépatiques et des capillaires radiés qui se transforment en cordons pleins dont le réseau englobe les trabécules hépatiques. A ces lésions primitives viennent s'ajouter des dégénérescences multiples des trabécules hépatiques dont la plus remarquable est la transformation vésiculo-graisseuse des cellules constituantes, plus ou moins répandue et mélangée avec la dégénération granulo-graisseuse simple ; souvent aussi, il existe, en outre, un degré variable de cirrhose autour du système porte-biliaire. Cet élément nouveau paraît être abondant surtout lorsque le foie présente des oblitérations nombreuses des veinules portes.

XVIII. — Excellente étude critique dans laquelle l'auteur a réuni sous un seul chef toutes les variétés de cirrhose décrites successivement sous les noms de cirrhose hypertrophique graisseuse, cirrhose atrophique à marche rapide, hépatite interstitielle diffuse aiguë, cirrhose avec stéatose, certaines variétés de cirrhoses dites mixtes. Toutes ces dénominations en effet ne répondent pas à des affections distinctes, mais bien à un même processus morbide qui, avec quelques variantes dans la marche, dans la topographie des lésions, reconnaît une seule condition étiologique, l'alcoolisme.

M. Gilson a donc préféré à la dénomination cirrhose graisseuse, ajouter l'épithète alcoolique, qui, sans rien préjuger sur le plus ou le moins de volume du foie, sur la diffusion ou la systématisation du processus scléreux, a l'avantage de faire intervenir dans cette qualification un élément de classification étiologique.

XIX. — L'auteur a préféré la dénomination de cirrhose graisseuse à celle de cirrhose hypertrophique graisseuse, parce que, dans certains cas, le volume du foie, loin d'être augmenté, est diminué. L'épithète alcoolique lui semble impropre pour qualifier cette affection, car si dans beaucoup de cas l'alcoolisme en est réellement la cause, dans d'autres, au contraire, il fait absolument défaut. Lorsque le foie est augmenté de volume, M. Bellangé croit qu'on a affaire à des foies primitivement congestionnés qui deviennent ensuite graisseux. Lorsque, au contraire, il y a atrophie, on aurait le plus souvent affaire à des foies de cirrhose alcoolique ordinaire qui ont consécutivement subi la stéatose du parenchyme. Le danger dans le premier cas tiendrait à la suppression de l'excrétion biliaire, dans le deuxième cas, à la suppression de la sécrétion. C. GIRAUDEAU.

I. — Beiträge zur Pathologie und patholog. Anat. der Leber, par E. WAGNER (*Deut. Arch. f. klin. Med. XXXV, Heft* 5 *et* 6).

II. — Deux cas d'atrophie du lobe gauche du foie, d'origine biliaire, par E. BRISSAUD et Ch. SABOURIN (*Arch. de phys.*, 1er *avril* 1884).

III. — Contribuzione allo studio de l'epatite intertiziale flaccida, par MAZZOTTI (*Riv. clin. di Bologna*, 1883).

IV. — Case of acute biliary cirrhosis simulating yellow atrophy of the liver par Shingleton SMITH (*Brit. med. journ., janvier* 1884).

V. — Two cases of cirrhosis of the liver, par Frederick ROBERTS (*Ibid., p.* 1002, *mai* 1883).

VI. — Des rapports de la cirrhose du foie avec la péritonite tuberculeuse, par MOROUX (*Thèse de Paris*, 1883).

VII. — Thrombose de la veine porte par compression dans le cours d'une péritonite tuberculeuse, par ACHARD (*Arch. de phys.*, 15 *mai* 1884).

VIII. — Abcès biliaires dans la cirrhose sans cholélithiase, par SABOURIN (*Progrès méd.*, 12 *janvier* 1884).

I. — 1° Coïncidence de la cirrhose du foie et de la tuberculose du péritoine. L'auteur en a vu dix cas. Quatre d'entre eux ont déjà trouvé place dans la thèse de Seifert. La cirrhose paraissait primitive, la tuberculose péritonéale secondaire.

Le plus souvent il y avait de l'ascite, rarement de l'ictère. Dans la moitié des cas l'épanchement était hémorragique. Après la ponction, on trouvait le foie très petit. Dans la moitié des cas, aussi, il y avait de l'hydrothorax ou de la pleurésie simple ou double.

2° Atrophie rouge aiguë du foie. Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans qui, après avoir eu du vertige, du malaise, des vomissements, du tympanisme abdominal, avait présenté de l'ascite en assez grande abondance pour que la ponction devînt nécessaire : on évacua trois litres d'une sérosité jaunâtre, peu albumineuse.

A l'autopsie on trouve un foie petit (1,500 grammes) avec des inégalités à sa surface et à la coupe où l'on trouve mélangés des lobules blanchâtres, jaunâtres et des lobules d'un rouge brun, déprimés.

Au niveau du hile, il existe une sorte d'anneau scléreux, épais de 4 à 5 millimètres qui entoure la veine porte et l'embouchure des troncs veineux afférents, et cela seulement au niveau du hile. Il n'y a pas de lésion semblable dans le foie, ni sur les troncs afférents. Des caillots rougeâtres adhèrent sur plusieurs points aux parois veineuses. Nulle part la lumière du vaisseau n'est oblitérée. Certains lobules hépatiques sont infiltrés de globules sanguins, tassés et pressés dans là veine centrale et les capillaires radiés. Il n'y a pas de cirrhose.

C'est là une affection singulière, non décrite, à laquelle convient assez peu le nom d'atrophie rouge aiguë que lui attribue l'auteur.

3° Fièvre intermittente hépatique. S. Wagner rapporte plusieurs cas de fièvre intermittente hépatique survenue dans la lithiase biliaire, dans un cas d'ictère par émotion, dans l'angiocholite suppurée, et, enfin, après l'ouverture d'un kyste à échinocoques dans les voies biliaires.

4° Tuberculose miliaire aiguë du foie. Il signale le tympanisme, l'ascite, l'ictère et la douleur à la palpation dans la tuberculose miliaire du foie.

5° Parfois, avant une ponction d'ascite, on trouve la surface du foie lisse, égale. Après la ponction, on la trouve inégale. Sous l'influence de la décompression due à l'évacuation du liquide abdominal, le foie se serait congestionné, et les inégalités seraient devenues saillantes, perceptibles.

A. MATHIEU.

II. — La première observation est un type parfaitement pur d'atrophie

du lobe gauche du foie d'origine biliaire. La cause de l'altération scléreuse était un calcul qui obstruait le canal hépatique gauche. Le lobe droit du foie était absolument sain, et la condition étiologique vulgaire des cirrhoses, l'alcoclisme, faisait défaut.

La seconde observation est un fait plus complexe. D'une part, le foie présentait tous les caractères d'une cirrhose biliaire généralisée accompagnée de certaines lésions sus-hépatiques liées à l'alcoolisme. D'autre part, le lobe gauche du foie offrait des altérations identiques à celles du cas précédent. Bien qu'à l'autopsie il n'existât pas de calcul dans les voies biliaires, il est probable qu'à une période de la maladie, impossible à déterminer, il s'était produit une obstruction au cours de la bile dans le domaine du tissu hépatique tributaire de la branche gauche du canal hépatique.

Dans ces deux faits, le système veineux porte, le système de l'artère hépatique, et les grosses veines sus-hépatiques étaient restés perméables au milieu des régions hépatiques transformées en tissus fibreux; les capillaires sanguins qui unissent les vaisseaux afférents du foie aux vaisseaux afférents avaient au contraire disparu. L'on devait se demander quelle voie peut suivre le sang apporté par la veine porte et l'artère hépatique pour pénétrer dans les grosses veines sus-hépatiques, le passage par les capillaires intra-lobulaires étant supprimé.

L'étude histologique montre que les veines sus-hépatiques d'un certain calibre reçoivent des rameaux nourriciers considérables de l'artère hépatique. Le sang de ces rameaux nourriciers est recueilli par des veines qui, par le chemin le plus direct, le conduisent dans les veines afférentes du foie. Ainsi se trouve constituée une voie dérivative qui se développe dès que sont oblitérés les capillaires sanguins qui unissent les branches de l'artère hépatique aux veines centrales des lobules.

Les rameaux de l'artère hépatique destinés à la nutrition des veines sus-hépatiques ne s'étendent pas seuls aux parois veineuses, ils sont accompagnés d'une expansion de la gaine de Glisson, d'un canalicule biliaire qui ne tarde pas à s'arrêter en chemin, et d'un rameau de la veine porte. Il est plus que probable que la veinule satellite de l'artère nourricière dans l'expansion glissonnienne, et la veinule, sa satellite dans la paroi sus-hépatique, communiquent ensemble. D'où une voie de communication, en miniature à l'état normal entre les veines portes et les veines sus-hépatiques. A l'état physiologique ce rameau porte-satellite des artères nourricières sus-hépatiques ne répond peut-être à aucune fonction spéciale. C'est un pur vestige de l'état embryonnaire ou fœtal; mais ce rameau n'en est pas moins perméable. A l'état pathologique c'est une toute autre chose. Le sang de la veine porte n'ayant plus d'écoulement par les capillaires intra-lobulaires trouve dans la disposition anatomique précédente une voie de dérivation facile à forcer.

Pour que ces circulations s'établissent, il faut que les grosses veines sus-hépatiques soient libres. Or, s'il en est ainsi dans les cirrhoses insulaires ou biliaires, dans la cirrhose annulaire vulgaire, au contraire, le système sus-hépatique est farci de thromboses oblitérantes et de nodules d'obstruction phlébitiques. De là la différence entre ces deux ordres de faits pour l'établissement des voies circulatoires pathologiques. GILBERT.

III. — Sous le nom d'hépatite interstitielle flaccide, Ercole Galvagni a

décrit, en 1880 (*Riv. clin.*, fasc. 11[e]), un cas dans lequel le foie présentait les caractères de l'hépatite interstitielle commune, mais s'en distinguait par sa mollesse. Ce cas, observé chez une femme de 44 ans, présenta de la fièvre avec frissons oscillant entre 37° et 38°,6 et une ascite qui nécessita la ponction. En 1882, nouveau cas de Ughetti, de Catane, (*Archivio medico,* juin et août 1882) chez une jeune fille de 17 ans, travaillant dans les solfatares; on constate de la fièvre, de l'ascite avec subictère et tuméfaction de la rate. La maladie dura deux mois et demi environ. A l'autopsie, mêmes lésions que dans le cas de Galvagni, dans laquelle la durée de la maladie avait été de trois mois environ. L'auteur publie un troisième cas observé chez une jeune fille de 19 ans, née à Poggio Renatico, pays infecté de malaria. La malade eut la fièvre intermittente, puis fut atteinte d'hépatite interstitielle. Comme dans les autres cas, la maladie prit une marche rapide; on fut obligé de pratiquer la ponction pour l'ascite, et l'examen objectif démontra le développement de la rate et l'atrophie du foie. Les moyens curatifs restèrent absolument sans effet. La malade succomba après un fort accès de fièvre. A l'autopsie, on trouve un foie granuleux et petit, mais mou; à l'examen microscopique, une cirrhose annulaire et polilobulaire. Mais dans les espaces on trouve non un tissu connectif fibreux et compact, mais un tissu inflammatoire jeune avec de nombreux éléments lymphoïdes et quelques hémorragies. La cause de la maladie paraît avoir été la malaria dont la jeune fille a souffert à plusieurs reprises.

L'auteur fait observer que ces cas diffèrent notablement des faits décrits par Hanot sous le nom de cirrhose atrophique graisseuse et de l'hépatite d'origine paludéenne décrite par Kelsch et Kiener, Lancereaux et Picquet. Ainsi que Galvagni et Ughetti, l'auteur insiste tout spécialement sur la flaccidité particulière du foie cirrhosé. Les analogies avec la cirrhose commune sont trop grandes cependant pour que l'auteur pense qu'il soit nécessaire de créer une forme nouvelle de cirrhose. Il faut la considérer comme une variété de la cirrhose commune remarquable par ses causes, sa marche rapide, ses altérations anatomo-pathologiques.

F. BALZER.

IV. — Un homme de 33 ans est pris, au milieu de la nuit, de douleur épigastrique et de diarrhée, sans vomissements. Deux jours après, il devient ictérique, et on l'amène à l'hôpital. L'ictère est considérable, le foie un peu augmenté de volume et sensible à la pression : les urines sont bilieuses, non albumineuses. La peau est fraîche.

Les jours suivants surviennent des épistaxis, des hémorragies intestinales, du délire et de la somnolence : la langue se sèche, l'urine se supprime presque complètement. La mort survient dix-huit jours après le début des accidents.

Autopsie. Foie peu volumineux; vésicule biliaire remplie de bile normale; voies biliaires perméables, sans calculs. Parenchyme hépatique dur, de couleur cuivrée : lobules très visibles, entourés d'une sorte d'exsudat grisâtre. Histologiquement, les cellules du foie semblent absolument normales, un peu plus pigmentées que de coutume : la seule lésion appréciable est une hyperplasie de la trame conjonctive, surtout au voisinage des canalicules biliaires. L'auteur rapproche ce fait de ceux décrits par Bamberger (*Allg. Wien. med. Ztg.*, n° 49, 1882). H. R.

V. — 1° Cirrhose accompagnée d'une ascite localisée, simulant un kyste hydatique. Homme de 39 ans, buveur. Depuis neuf mois, douleurs vagues dans le foie, avec irradiations vers l'épaule, flatulence, anorexie et insomnie: depuis cinq mois, gonflement limité de l'hypochondre droit, qui va sans cesse croissant; amaigrissement général.

On constate, à son entrée à l'hôpital, un certain degré de subictère, de l'anémie, un peu de bouffissure, des urines rares et foncées. Au niveau du foie, tuméfaction et voussure considérables, avec projection des côtes et refoulement du diaphragme vers la cavité thoracique; fluctuation manifeste. Au-dessous de l'ombilic, pas d'apparence d'ascite. La sensation de flot était perçue au-dessus de l'ombilic, et la matité se déplaçait obscurément dans les mouvements du malade; on crut même percevoir le frémissement hydatique. On pensa à un kyste du foie.

Les jours suivants, accroissement de la douleur et de la dyspnée; extension de la voussure à gauche, dans l'hypochondre splénique. On fait une ponction qui ramène quatre pintes et demie de liquide trouble, jaunâtre, très albumineux, chargé de leucocytes et d'hématies, sans traces de crochets d'hydatides. Deux jours après on est obligé de le ponctionner de nouveau, et à partir de ce moment, le liquide se reproduit avec une extrême rapidité. Le malade meurt cinq semaines après son admission à l'hôpital.

L'autopsie montra une poche ascitique formée par des adhérences du grand épiploon avec le gros intestin, et constituant une sorte de loge séparée, qui ne communiquait avec la grande cavité péritonéale que par un très petit pertuis. Le foie présentait les lésions de la cirrhose classique.

2° La seconde observation concerne un individu qui arrive avec tous les signes de la cirrhose, et une ascite considérable : on est obligé de le ponctionner, et le liquide ne se reproduit qu'avec une certaine lenteur. Huit jours après, sans cause connue, se déclare spontanément une diarrhée aqueuse qui exerce la meilleure influence sur l'ascite et la fait rapidement disparaître. L'auteur donne les mesures successives qui montrent l'abdomen diminuant progressivement de circonférence, sous l'influence de ces évacuations naturelles. Au commencement de mars, juste un mois après le début de la diarrhée, il ne reste aucun signe de l'affection primitive. Le malade retourne chez lui guéri en apparence; et revu à la fin d'avril, il continuait à se bien porter, sans traces appréciables de sa cirrhose, ou du moins de son ascite.

H. R.

VI. — D'après l'auteur, voici en résumé comment les choses se passeraient : un alcoolique est atteint de cirrhose du foie; cette affection est une cause d'irritation pour la séreuse péritonéale; il y a là, du côté du péritoine un *locus minoris resistentiæ;* que ce malade soit déjà depuis longtemps atteint de tuberculose, ou que la tuberculose apparaisse sous l'influence de la débilitation et de la contagion, peu importe; elle aura dans ces deux cas une tendance à se greffer sur le péritoine, à manifester sa présence par une péritonite tuberculeuse. Jamais la péritonite ne précéderait la cirrhose hépatique. C. GIRAUDEAU.

VII. — L'auteur rapporte un exemple d'oblitération de la veine porte survenue au cours d'une péritonite tuberculeuse aiguë chez un malade atteint d'une cirrhose hépatique latente. La coagulation du sang serait imputable à la compression du tronc de la veine porte par des fausses membranes; il faudrait, en outre, dans la pathogénie de cette thrombose, faire une place à l'état général du sujet, et à la gêne circulatoire causée par la cirrhose hépatique. GILBERT.

VIII. — Sur un foie volumineux présentant des granulations irrégulières caractéristiques de certaines cirrhoses annulaires, on voyait à la coupe dissé-

minés des foyers blanchâtres dont les plus gros ne dépassaient pas le volume d'un grain de chènevis. Au microscope, on voit que, de ces abcès, les uns sont dans l'épaisseur des lames fibreuses, les autres sur leur bord, d'autres en plein parenchyme; le centre rempli de leucocytes est entouré d'une couche de magma purulent, dont la consistance s'accroît de dedans en dehors, puis de fibrilles conjonctives mêlées à ce magma; enfin d'un tissu fibreux organisé.

D'autres abcès plus petits contiennent, dans la couche pyogénique, des blocs clairs réfringents qui sont sans doute des cellules hépatiques altérées; des culs-de-sac tapissés d'épithélium cubique; enfin, l'examen de tout petit abcès montre que le centre est recouvert par l'épithélium cylindrique caractéristique du revêtement canaliculaire biliaire.

Comme on trouve tous les intermédiaires entre les premiers et les derniers, force est d'admettre qu'il s'agit d'abcès nodulaires ayant pour siège les voies biliaires, et que l'on ne pourrait confondre à l'œil nu qu'avec la tuberculose des voies biliaires intra-hépatiques. H. L.

I. — Ueber das Adenom der Leber, par GREENISH (*Wiener med. Jahrb., Heft* 3, *p.* 411, 1882).

II. — Die knotige Hyperplasie und das Adenom des Leber, par SIMMONDS (*Deut. Arch. f. klin. Med., XXXIV, Heft* 4, *p.* 388).

III. — Cancer primitif enkysté du foie, cancer secondaire des lymphatiques des ganglions, du hile et de la veine porte, par G. HAYEM et Aug. GILBERT (*Rev. de méd., novembre* 1883).

IV. — Note sur le développement du cancer primitif du foie, par BOUVERET (*Rev. de méd., juillet* 1884).

V. — Carcinoma of the common bile-duct, par DELAFIELD (*New York med. journ.*, 26 *mai* 1883).

VI. — Ein Beitrag zur Casuistik und Symptomatologie de primären Gallenblasenkrebses (Cancer primitif de la vésicule biliaire), par Johs. KRAUSS (*Deut. Arch. f. klin. Med., XXXIV, Heft* 3, *p.* 270).

VII. — Étude d'une complication rare des kystes hydatiques du foie, par H. FAILLE (*Thèse de Paris*, 1884).

VIII. — Kyste hydatique du foie envahissant la cavité thoracique, par BRADBURY (*Brit. med. journ.*, 5 *janvier* 1884).

IX. — On the treatment of hydatid tumour of the liver, par John HARLEY (*St Thomas's hosp. Rep., XII, p.* 165).

I. — L'auteur admet trois variétés d'adénome du foie :

1° Tumeur constituée par du tissu hépatique typique (cas de Rokitansky, de Klob, d'Hoffmann, d'Eberth, de Thierfelder);

2° Adénome hépatique atypique; les cellules qui le constituent ont bien tous les caractères des cellules du foie, mais n'offrent pas la disposition propre aux acini de cette glande (cas de Friedreich, de Griesinger et Rindfleisch, de Kelsch et Kiener, second cas de Thierfelder);

3° Tumeur formée de canalicules analogues à ceux des voies biliaires qui leur ont donné naissance. C'est l'adénome biliaire (cas de Wagner et de Birch-Hirschfeld).

Voici trois observations, dont les deux premières se rapportent à la variété adénome biliaire, et la troisième à l'adénome hépatique atypique.

1° On trouve dans le lobe droit du foie, chez un homme de 61 ans, un noyau arrondi plus gros qu'un pois, nettement distinct du tissu hépatique et présentant à la coupe une surface grisâtre. Le sujet offre en même temps des tubercules anciens des sommets, et des tubercules récents des lobes inférieurs, du foie, de la rate, des reins, des plèvres et du péritoine.

La petite tumeur, circonscrite par une enveloppe conjonctive qui se continue avec la capsule de Glisson, est constituée par des cylindres et des tubes étroits contournés et ramifiés, qu'engaîne un stroma conjonctif à cellules fusiformes. Les cellules de ces tubes, cubiques, deux fois plus petites que celles du foie, pourvues d'un noyau ovale relativement volumineux, ressemblent à l'épithélium des voies biliaires; elles sont disposées en général sur deux rangées séparées par une étroite lumière, ce qui complète leur analogie avec les canalicules biliaires, mais les rangées peuvent aussi se multiplier les unes à côté des autres.

A la périphérie de la tumeur, il est facile de constater une abondante néoformation de canaux biliaires typiques; ces canaux se continuent sans interruption avec les cylindres des parties centrales où les éléments cellulaires acquièrent un volume plus considérable, tandis que leurs noyaux deviennent plus difficiles à colorer. Autour des groupes de canaux biliaires, on voit des accumulations de cellules rondes.

Dans les zones qui avoisinent la tumeur, les cellules hépatiques sont graisseuses et le tissu conjonctif est semé d'éléments embryonnaires.

2° Femme de 75 ans, foie petit avec capsule très épaisse, atteignant 3 millimètres au niveau du bord libre; sur ce bord existe une tumeur grosse comme un pois, dure, offrant à la coupe l'aspect d'une glande acineuse. Son enveloppe fibreuse se détache des cloisons qui la partagent en plusieurs lobules de dimensions variables, et chaque lobule est subdivisé encore, par de fines travées conjonctives, en follicules arrondis ou en cylindres. Les cellules qui constituent ces figures ressemblent, dans les parties périphériques, aux cellules du foie, mais dans la région centrale elles sont plus petites, présentent un protoplasma pâle, à peine granuleux, un noyau souvent creusé de vacuoles.

Sur les limites de la tumeur et de la partie fibreuse qui la relie au parenchyme hépatique, on trouve des canalicules biliaires et des cylindres comparables à ceux de l'observation précédente. L'auteur en conclut que la tumeur a son origine dans les canaux biliaires.

3° Homme de 69 ans, atteint de tuberculose pulmonaire chronique et de tuberculose intestinale. Dans la profondeur du lobe droit du foie, on découvre une tumeur de la grosseur d'une noix, constituée par l'assemblage de plusieurs petits nodules jaunâtres, dont quelques-uns ne dépassent pas le volume de l'acinus normal du foie. Elle semble à l'œil nu nettement séparée du tissu hépatique, mais au microscope on reconnaît qu'elle est très imparfaitement circonscrite par une zone conjonctive et que, sur plusieurs points, ses cylindres, ses tubes cellulaires se continuent directement avec les travées du parenchyme, tout en offrant un aspect dissemblable. Parmi les éléments qui ont des dimensions variables, quelques-unes ne diffèrent pas des cellules du foie. C'est là un adénome atypique. L. GALLIARD.

II. — L'auteur, se basant sur quelques faits qui lui sont personnels, pense qu'il y a lieu de maintenir la division établie entre l'adénome du foie et l'hyperplasie nodulaire. Il faudrait même admettre une subdivision d'une part en hyperplasie nodulaire isolée et multiple, d'autre part en adénome isolé et adénome multiple.

L'hyperplasie nodulaire isolée est une tumeur qui consiste dans une masse de tissu hépatique riche en tissu conjonctif et entourée par une capsule.

L'hyperplasie nodulaire multiple est constituée par des noyaux, plus petits, non encapsulés, formés par une hyperplasie du tissu hépatique. On doit les considérer comme des productions compensatrices qui se rencontrent seulement dans les cas de dégénérescence étendue du parenchyme du foie.

L'adénome multiple présente une structure glandulaire. Il se constitue sous forme de tumeurs rapidement encapsulées. Cette néoformation se produit sous l'influence de la néphrite interstitielle. Les adénomes ne donnent lieu à aucune métastase; cependant ils se transforment quelquefois en carcinomes.

Quant à l'adénome isolé, il se rencontre dans des foies absolument normaux. A. MATHIEU.

III. — Homme de 64 ans, alcoolique, perte d'appétit, malaise général, six semaines avant son entrée à l'hôpital. Gonflement du ventre et ictère depuis trois semaines; œdème des membres inférieurs depuis quelques jours. Au moment de l'entrée, ventre volumineux, surtout au niveau de la région épigastrique, dû à une ascite médiocre, et surtout à la distension de l'estomac par des gaz. Circulation veineuse sous-ombilicale anormalement développée. Foie dépassant de 2 centimètres le rebord des fausses côtes au niveau de la ligne mammaire. Ictère prononcé. Rate non hypertrophiée. Urines peu abondantes, foncées, ictériques, contenant des pigments et des acides biliaires. Inappétence. Langue rouge sur la pointe et les bords. Constipation. Amaigrissement peu considérable.

A partir du jour de son entrée, le malade alla en s'affaiblissant; l'ictère augmenta de jour en jour, les urines devinrent de plus en plus rares, enfin la mort arriva dans le coma au bout de douze jours.

A l'autopsie, le foie d'une coloration vert foncé, d'une consistance ferme, semé d'inégalités, légèrement hypertrophié, présentait dans le lobe droit, immédiatement au-dessous de la capsule de Glisson, deux cavités du volume d'un petit œuf de poule, situées l'une au niveau du bord postérieur, l'autre au niveau de la face supérieure du foie. Ces cavités renfermaient une bouillie molle et rougeâtre que l'on pouvait facilement énucléer; chacune d'elles était limitée par une paroi résistante. Le tronc de la veine porte, ainsi que les branches de celle-ci, était oblitéré par des bouchons jaune orange, que l'on faisait sourdre à la pression. Les veines sus-hépatiques, ainsi que les canaux biliaires et l'artère hépatique étaient vides.

L'examen microscopique de la bouillie contenue dans les cavités hépatiques, a montré que celle-ci était constituée par des cellules cancéreuses, dégénérées, atrophiées, et perdues au milieu d'un détritus granuleux, à la partie centrale, tandis qu'à la périphérie elles étaient volumineuses, de formes variées, et avaient des noyaux géants et multiples. Les parois de ces cavités étaient constituées par les lamelles fibreuses concentriquement emboîtées. Le foie dans toute son étendue présentait les lésions de la cirrhose biliaire. Le contenu des branches de la veine porte avait une composition analogue à celle des cavités hépatiques. Les parois veineuses bourgeonnaient par places et chacun de ces bourgeons était formé d'éléments cancéreux. Les ganglions du hile avaient subi la même dégénérescence.

Hayem et Gilbert expliquent de la façon suivante l'évolution de ce carcinome et l'oblitération de la veine porte par les bouchons cancéreux : au début, cancer enkysté du foie, ayant amené consécutivement l'envahissement des lymphatiques ; ceux-ci, en rapport constant sur tout leur trajet avec les veines qu'ils côtoient et en rapport intime avec elles au niveau du hile, auraient sur un ou plusieurs points de leur parcours abandonné

aux ramifications et au tronc de la veine porte quelques granulations, noyaux ou cellules cancéreuses, qui, jetés ainsi dans la circulation porte, auraient eu pour effet non seulement d'aller emboliser les veinules de petit calibre, mais encore de provoquer une prolifération active de l'endothélium, et peut-être enfin la formation d'un thrombus sanguin qui ultérieurement aurait subi la transformation carcinomateuse.

IV. — La production du cancer primitif du foie débute par une prolifération très active des canalicules biliaires et du tissu conjonctif interlobulaire. Durant l'accroissement rapide de ces amas d'épithélium d'origine biliaire, les cellules hépatiques disparaissent, probablement par atrophie simple. Les espaces limités par les faisceaux du tissu conjonctif se dilatent de plus en plus; espaces interfasciculaires et faisceaux fibreux arrivent ainsi à constituer un stroma alvéolaire, tel qu'on le rencontre dans la plupart des néoplasies cancéreuses. Dans ces espaces du tissu conjonctif interlobulaire végètent avec une extrême activité les éléments épithéliaux d'origine biliaire. Le cancer primitif du foie, dans le cas étudié par Bouveret, était donc un épithélioma dont le point de départ se trouvait dans un développement rapide et considérable de l'épithélium des plus fins canalicules biliaires disséminés autour des lobules.

C. GIRAUDEAU.

V. — L'auteur résume comme il suit les cinq cas de cancer du canal cholédoque qu'il a observés :

Les malades (tous des hommes) étaient âgés respectivement de 35, 51, 47, 50 et 48 ans; dans trois cas, la durée de la maladie depuis l'apparition des premiers symptômes a été de trois mois, dans un cas de deux mois, dans le dernier cas de un mois seulement. Deux cas ont été précédés de dysenterie chronique. Un ictère à développement très rapide a été chaque fois le symptôme initial; dans deux cas, il y a eu en même temps de violentes douleurs épigastriques. Puis très promptement perte d'appétit, nausées, vomissements; émaciation rapide. Chez trois malades, on nota des hémorragies diverses, gingivales, gastriques, intestinales, cutanées. Dans un cas seulement, il y eut de la fièvre, probablement déterminée par la suppuration des conduits biliaires. — A l'autopsie, on a trouvé chaque fois une tumeur de très petit volume, ou plutôt une infiltration cancéreuse des parois du canal cholédoque, offrant au microscope les caractères de l'épithéliome à cellules cylindriques, et paraissant avoir pris naissance dans les glandes muqueuses du conduit. Dans deux cas, le mal avait gagné la tête du pancréas dans une faible étendue. Une seule fois on a trouvé des noyaux secondaires dans le poumon. Le foie, dans quatre cas, était considérablement augmenté de volume; une fois seulement la vésicule biliaire était légèrement dilatée. Dans un cas, il existait de l'angiocholite catarrhale avec abcès biliaires. H. BARTH.

VI. — L'auteur du présent travail rapporte cinq observations de cancer primitif des voies biliaires et surtout de la vésicule biliaire. Leur comparaison l'amène à des réflexions d'un certain intérêt sur la symptomatologie et le diagnostic de cette affection.

Dans quatre cas, il s'agissait de femmes. Chez toutes, on a trouvé des calculs biliaires. Il semble du reste que la lithiase est chose habituelle dans le cancer de la vésicule. Il est possible que les calculs précèdent le cancer, et que l'apparition de ce dernier soit provoquée par l'irritation

que cause sur la muqueuse la présence continuelle d'un corps étranger.

C'est vers 40 ans que cette lésion apparaît, sans qu'on trouve de cancer dans les antécédents héréditaires.

Dans les cinq cas, dès le début, dans quatre d'entre eux, un peu plus tard pour le cinquième, des douleurs spontanées ou provoquées par la pression se sont montrées dans la région hépatique et dans le flanc droit. Dans trois cas, on trouvait à la palpation une tumeur en partie inégale, bosselée, en partie résistante sans bosselure, dans la région de la vésicule biliaire. Dans un cas, cette sensation était indistincte, confuse; dans un autre cas, elle faisait totalement défaut. L'ictère s'est montré plus ou moins tôt chez les cinq malades. Il y eut de l'ascite dans deux cas. Dans aucun, il n'y eut de fièvre. La fréquence du pouls était à peu près normale. La cachexie cancéreuse apparut plus ou moins rapidement chez tous les malades et la mort eut lieu au bout de deux à huit mois.

Il est difficile, sinon impossible, de poser pendant la vie le diagnostic : cancer primitif de la vésicule biliaire. En dehors des phénomènes généraux de carcinose, les symptômes les plus importants sont : la présence de la tumeur formée par la vésicule; les signes antécédents de cholélithiase, les douleurs dans la région hépatique, l'ictère chronique.

ALBERT MATHIEU.

VII. — L'observation qui fait le point de départ de cette thèse est celle d'une femme de 23 ans, atteinte de kyste hydatique du foie et chez laquelle on vit se développer successivement de l'œdème des membres inférieurs et des parois abdominales, un développement considérable des parois latérales de l'abdomen, de l'albuminurie, puis de l'anurie. La mort survint dans le collapsus. A l'autopsie, on constata comme pouvant expliquer ces accidents, l'existence d'une thrombose par compression de la veine cave inférieure. L'auteur insiste tout particulièrement sur le développement des veines des parois latérales et postérieures de l'abdomen comme signe diagnostique de la thrombose de la veine cave inférieure; il l'oppose à la circulation supplémentaire de la cirrhose qui occupe la face antérieure de l'abdomen. C. GIRAUDEAU.

VIII. — John T..., 17 ans, entra à l'hôpital, au mois de mai, avec des symptômes de pleurésie, accompagnée d'épanchement abondant : voussure considérable du côté droit du thorax, oblitération des espaces intercostaux, diminution des mouvements respiratoires, matité absolue, respiration tubaire et éloignée, déplacement de la pointe du cœur à gauche, matité hépatique s'étendant à 5 centimètres au-dessous des fausses côtes, traces d'albumine dans l'urine. Dix semaines auparavant, il avait reçu un coup sur la poitrine. Une heure après, il ressentit une vive douleur dans la région épigastrique. Il eut de la fièvre pendant une huitaine de jours et depuis s'était plaint de toux et de dyspnée. A la fin de mai, on retira de la poitrine deux litres et demi environ de sérosité teintée de bile, un litre au mois de juillet et un litre et demi au mois d'août. Le liquide ne contenait pas de crochets. On fit une nouvelle ponction le 5 octobre. Cette fois on se servit d'un gros trocart et on retira non seulement de la sérosité, mais aussi de nombreux kystes hydatiques de volume variable. Le malade succomba le lendemain.

A l'autopsie, on trouva un immense kyste hydatique sur la face supérieure du foie, entre le foie et le diaphragme. Le kyste adhérait au diaphragme qu'il avait perforé. Il communiquait avec la plèvre droite par un orifice circulaire, pouvant admettre trois doigts. Le kyste, ainsi que la plèvre, était rempli

d'hydatides. Il y en avait aussi dans le poumon droit, mais pas ailleurs. Le poumon droit était aplati. J.-B. H.

IX. — L'auteur pose en principe que, quel que soit l'état du kyste, suppuré ou non, il faut l'ouvrir largement, évacuer intégralement son contenu et le laisser graduellement s'oblitérer en maintenant l'ouverture de la poche.

Voici comment il procède. Il plonge un volumineux trocart muni d'une canule (au moins de la dimension d'une sonde n° 12) dans la partie saillante de la tumeur, et facilite l'issue des lambeaux d'hydatides au moyen d'une sonde munie d'un petit crochet que l'on introduit à travers la canule. Puis il fixe celle-ci par des cordons soigneusement attachés et immobilisés à l'aide d'une bande de tarlatane plâtrée. Pendant la première semaine, on se borne à panser antiseptiquement et à recueillir les hydatides à mesure qu'elles se présentent à l'orifice. Au bout de huit jours, les adhérences sont établies entre le kyste et la paroi abdominale : on enlève alors la canule après avoir préalablement introduit une grosse sonde élastique qui sert de conducteur et dont l'œil est percé latéralement d'une large ouverture. On pratique alors avec une autre sonde introduite à côté de la première de grands lavages qui détachent la membrane de l'hydatide et l'engagent partiellement ou en totalité, dans l'ouverture de la sonde. Une fois la membrane du sac enlevée, la cicatrisation se fait très facilement, à la condition de continuer les lavages antiseptiques. Harley conseille la solution phéniquée à 1/60e.

A l'appui de cette méthode de traitement, l'auteur cite un fait dans lequel la tumeur hydatique durait depuis huit ans et s'était mise à suppurer à la suite d'une chute ; après la ponction, l'évacuation totale du contenu du kyste avait été obtenue vers le 10e jour et la guérison était complète le 70e jour. Par contre, il cite de nombreux cas où la ponction débarrasse en apparence les malades, mais où la guérison complète n'est pas obtenue, car ils reviennent, dans un état souvent aggravé, un ou deux ans après l'opération. H. RENDU.

De l'auscultation des bruits œsophagiens pendant la déglutition et des modifications de ces bruits dans certains états pathologiques thoraciques, par A. BARÉTY (*Revue de Médecine*, p. 652, *août* 1884).

Dans certains états pathologiques, l'intensité du bruit de glouglou peut s'accroître et cette exagération peut s'accuser davantage sur l'un ou sur l'autre côté de l'axe du corps. De plus son timbre peut être notablement modifié. Ainsi dans bon nombre de cas d'induration tuberculeuse des deux ou d'un seul sommet et plus spécialement dans des cas aussi nombreux d'engorgement ganglionnaire trachéo-bronchique le bruit de déglutition était surtout intense du côté où existait ou prédominait soit l'induration pulmonaire tuberculeuse, soit l'engorgement ganglionnaire. Dans un cas d'épanchement pleurétique siégeant à gauche, les bruits de déglutition avaient pris de ce côté le timbre du souffle pleurétique.

C. GIRAUDEAU.

Dinnovo sulla peptonuria (Encore sur la peptonurie), par GROCCO (*Annali universali di méd., août* 1884).

Après avoir rappelé son premier travail (*Ann. univ.*, nov. 1883) dans lequel il a résumé les travaux de Hofmeizter, Meixner, Jaksch et de Poehl, l'auteur dit qu'il considère la peptonurie comme un fait morbide spécial, indépendant de l'albuminurie symptomatique de maladies locales ou générales. Parmi ces dernières, il signale l'infection palustre, la fièvre typhoïde, le scorbut, le purpura, la septicémie et l'empoisonnement par le phosphore : mais elle n'est pas toujours symptomatique d'accidents généraux graves, elle dépend quelquefois, par exemple, de fièvres miasmatiques subcontinues légères. Les processus morbides locaux suivis de peptonurie, sont presque tous de nature inflammatoire et le plus souvent suppuratifs, surtout ceux qui sont aigus ou subaigus. La peptonurie est plus rare dans les processus chroniques. Il en est de même pour les néoplasies, même à marche rapide. Dans les processus locaux, il est probable que les peptones formées dans la partie malade passent dans le sang, puis du sang dans l'urine. Pour les maladies générales la pathogénie est inconnue.

La valeur séméiologique de la peptonurie est restreinte : elle ne peut servir de signe différentiel entre une maladie à exsudat simple ou une maladie à exsudat purulent. Elle fournit seulement des probabilités en faveur de cette dernière.

Elle est fréquente dans la pneumonie en résolution ; elle s'observe aussi avant la résolution ou dans le cours de l'hépatisation grise.

Elle n'a pas de valeur pratique pour le traitement de la pleurésie.

F. BALZER.

I. — Experimentelle Untersuchungen über Inhalationstuberculose (Recherches expérimentales sur la tuberculose par inhalation), par WEICHSELBAUM (*Wien. med. Jahrb., Heft* 2, *p.* 169, 1883).

II. — A case of apparent phthisical infection, par QUINLAN (*Brit. med. journ.*, *p.* 248, *février* 1883).

III. — Recherches expérimentales sur la contagion de la tuberculose par les inhalations de crachats de phtisiques et sur quelques moyens prophylactiques proposés, par Ch. LAJOUE (*Thèse de Paris*, 1884).

IV. — Ueber das Wesen und die Behandlung der Scrophulose vom Standpunkt der neuern bacillären Forschungen aus betrachtet (Nature et traitement de la scrofule d'après les recherches récentes sur les bacilles), par ALBRECHT (*Arch. f. Kinderheilk*, 1883).

V. — Recherches de pathologie et de thérapeutique expérimentales sur la tuberculose, par COZE et SIMON (*Bull. gén. Thérap.*, 30 *mars* 1884).

VI. — Fréquence de la tuberculose consécutive à l'inoculation du lait vendu à Paris sous les portes cochères, par H. MARTIN (*Rev. de médec.*, *p.* 150, 1884).

VII. — La contagion de la tuberculose et sa prophylaxie, par VALLIN (*Soc. méd. des hôp.*, 23 *juillet* 1884).

VIII. — Etude expérimentale sur la virulence tuberculeuse de certains épanchements de la plèvre et du péritoine, par GOMBAULT et CHAUFFARD (*Soc. méd. hôpit.*, 30 *août* 1884).

IX. — Scrofule et tuberculose, par GRANCHER (*Union méd.*, 21 *août* 1884).

X. — De la scrofule. Rapports anatomiques et cliniques de la scrofulose avec la tuberculose, par H. MARTIN (*Rev. de méd.*, 10 *octobre* 1884).

XI. — De la transmission de la tuberculose par le vaccin, par J. ACKER (*Centrbl. f. allgem. Gesundheitspflege*, 1884).

XII. — Report on the transmissibility of bovine tuberculosis trough milk of young animals, par Fr. IMLACH (*Brit. med. Journ., p.* 175, *juillet* 1884).

XIII. — On the causative relation of phthisis, par Douglas POWELL (*Ibid., octobre* 1884).

XIV. — On the contagion of phtisis, par J. H. BENNET (*Ibid., p.* 698, 1884).

XV. — De l'infection tuberculeuse par la voie génitale, par FERNET (*Soc. méd. des hôp.*, 7 *janvier* 1885).

I. — L'auteur a choisi pour ses expériences des chiens bien portants ; les chiens résistent mieux en effet à la tuberculose que les lapins et les cobayes. Il les a placés dans une caisse longue d'un mètre et demi, devant laquelle se trouvait un pulvérisateur à vapeur; le liquide pulvérisé était une solution de 40 grammes de crachats tuberculeux dans 210 grammes d'eau, réduite par la filtration dans l'ouate dégraissée à une masse totale de 190 à 200 grammes. L'inhalation durait 20 minutes ; on la renouvelait plus ou moins fréquemment suivant la durée de l'expérience qui pouvait se terminer en quelques jours ou être prolongée jusqu'à 100 jours.

Les 17 chiens soumis aux inhalations ont tous, sans exception, présenté des nodules tuberculeux des poumons; 14 ont eu des tubercules des reins et chez presque tous on a constaté l'hypertrophie des ganglions bronchiques avec des nodules plus ou moins nets.

Le nombre et la grosseur des foyers pulmonaires ne dépend pas du nombre des séances d'inhalation mais seulement de la durée de l'expérience, du temps qui sépare la première inhalation de la mort de l'animal. Il faut huit ou dix jours pour que toutes les parties du poumon soient envahies par des granulations tuberculeuses visibles à l'œil nu et vingt et un jours pour qu'elles atteignent la dimension d'un grain de chènevis ou d'un pois. C'est du temps que dépend également l'extension du processus aux ganglions bronchiques, tandis qu'il est impossible de dire quelles sont les conditions de l'envahissement du rein.

Dans une seconde série d'expériences l'auteur a pris des produits non tuberculeux : fromage, pulpe splénique de bœuf, cerveau humain, pus provenant d'une carie costale. Ces substances triturées dans l'eau puis filtrées au moyen du coton dégraissé ont servi aux inhalations d'après le procédé indiqué plus haut. Sur les huit chiens soumis à l'expérience plusieurs ont présenté des granulations pulmonaires semblables en apparence aux précédentes, ayant même avec elles de grandes analogies au point de vue histologique, mais s'en distinguant par l'absence de ba-

cilles. Ces animaux n'avaient ni lésions des ganglions bronchiques ni lésions des reins.

L'infection dépend donc d'un principe spécifique. Ce principe existe dans les granulations tuberculeuses créées par la première série d'expériences d'abord parce qu'elles contiennent des bacilles, ensuite parce qu'elles peuvent servir efficacement à des inoculations tuberculeuses, comme l'auteur l'a démontré sur plusieurs chiens.

L'auteur a cherché en outre à isoler par les cultures, d'après le procédé de Jalan de la Croix, le bacille de la tuberculose : les liquides qu'il a obtenus de cette façon n'ont pas réussi à engendrer, par les inhalations, le tubercule pulmonaire. Les crachats tuberculeux stérilisés par la coction ou par le sublimé ne déterminent pas de granulations spécifiques; et même ils sont impuissants à produire les noyaux broncho-pneumoniques non spécifiques : ces noyaux n'auraient pas fait défaut, si les substances organiques ne s'étaient trouvées ici stérilisées en même temps que les bacilles. L. GALLIARD.

II. — Bridget O'L., âgée de 37 ans, veuve, a encore ses parents; c'est une femme vigoureuse qui n'a jamais toussé. Ses frères et sœurs sont indemnes de tare tuberculeuse. Par contre la famille de son mari est contaminée par la tuberculose; son père, sa mère et une sœur sont morts phtisiques.

Cette femme se marie en 1878 et a deux enfants qui meurent de convulsions. Son mari se met à tousser et meurt à la fin de 1880 d'une phtisie rapide. Dans les deux derniers mois de la maladie de son mari, cette femme commence à cracher le sang et à maigrir : elle est actuellement phtisique à la dernière période.

L'auteur ne met pas en doute que la cohabitation et la respiration d'un air confiné chargé de particules tuberculeuses n'aient été l'agent de l'infection chez cette femme. H. R.

III. — Lajoue a soumis des cobayes à des pulvérisations d'une eau à 30°, contenant 10 grammes de crachats de phtisiques pour 150 grammes. Sauf de rares exceptions, les poumons, le foie, la rate ou les ganglions mésentériques de ces animaux ont présenté des tubercules; les poumons ont été le plus gravement atteints. Parmi les substances antimiasmatiques employées par l'auteur (acide phénique, iode, permanganate de potasse), la créosote seule a eu le pouvoir de neutraliser le virus tuberculeux ou d'en atténuer la virulence. P. PARISOT.

IV. — Admettant l'étroite parenté qui unit la scrofule et la tuberculose, l'auteur réduit à deux les médications thérapeutiques : 1° Empêcher le développement de la scrofule; 2° la scrofule développée, empêcher qu'elle soit greffée de tuberculose.

a) On peut empêcher la scrofulose de s'emparer de l'organisme en quelques cas, en évitant certaines sources d'infection. Ainsi les expériences sur les animaux démontrent qu'on peut transplanter par la vaccination des bacilles. On doit donc être très circonspect dans la vaccination de bras à bras.

Le lait de femme n'est pas toujours le meilleur aliment pour le nourrisson; il faut empêcher la mère scrofuleuse de nourrir son enfant.

On sait combien la syphilis des parents prédispose leurs enfants à la scrofule, il faut donc insister sur un traitement spécifique prolongé.

b) Le terrain scrofuleux existe, il faut empêcher la tuberculose d'en prendre possession, pour cela il faut insister sur tous les moyens hy-

giéniques et conseiller des aliments riches en carbures et en azote. Dans les cas où il existe de l'inappétence l'auteur a obtenu d'excellents résultats par les inhalations d'oxygène pur auxquelles les enfants s'habituent très vite. M. SCHACHMANN.

V. — Ce sont les résultats d'expériences tentées dans le but d'opposer au développement des bacilles de la tuberculose dans l'organisme divers médicaments antiseptiques.

Dans une première série, les auteurs ont cherché à enlever aux bacilles leurs propriétés virulentes; ils ont mélangé des crachats de phtisiques successivement avec des solutions de bichromate de potasse, de sublimé, d'hydrogène sulfuré, de créosote de hêtre, d'eucalyptol et ont injecté le liquide sur des cobayes. Il semble que seuls le sublimé et la créosote aient réussi à entraver chez ces animaux l'évolution tuberculeuse.

Dans une deuxième série de cas, ils ont recherché si l'on pourrait obtenir quelques résultats en injectant tous les jours aux animaux, immédiatement après l'inoculation, les antiseptiques suivants : hélénine, sublimé, eucalyptol, benzoate de soude, styrone, arséniate de soude, créosote, sulfure de sodium, thymol, hydrogène sulfuré. Tous, y compris le sublimé, n'ont donné que des résultats négatifs; il y a peut-être une légère réserve à faire en faveur de la créosote qui a paru retarder le processus tuberculeux et diminuer la profondeur et l'étendue des lésions.

Enfin, la tuberculose étant en pleine évolution, MM. Coze et Simon ont, à différentes périodes de la maladie, essayé d'enrayer son développement par des agents divers, à savoir : le permanganate de potasse, le sulfure de sodium, le thymol. Cette troisième série n'a donné que des résultats négatifs.

Ainsi, au point de vue expérimental, les antiseptiques n'ont pas donné de résultats précis. Cependant l'emploi de la créosote paraît justifié dans le traitement de la phtisie. B. FÉRIS.

VI. — Les inoculations de lait ont été faites dans le péritoine de treize cobayes. Dans un cas l'animal est mort de péritonite suraiguë ; trois autres inoculations étaient encore trop récentes au moment de la publication de ce travail pour que l'auteur ait cru pouvoir en tenir compte. Sur les neuf inoculations dont les résultats sont aujourd'hui définitifs trois paraissent être positives, c'est-à-dire que du lait pris au hasard à la source où s'alimente la majorité de la population parisienne semble provenir une fois sur trois de vaches atteintes de tuberculose. C. GIRAUDEAU.

VII. — Vallin, au nom d'une commission dont il est le rapporteur, expose les données expérimentales et cliniques qui permettent d'établir et la transmissibilité de la tuberculose et le degré de contagion; puis il indique les règles prophylactiques à observer.

Il convient tout d'abord d'éviter la proximité et le confinement en commun; le phtisique doit coucher seul dans sa chambre et dans son lit, surtout quand il est arrivé à la période consomptive où ses cavernes fournissent des sécrétions abondantes. On n'est pas en droit d'affirmer la nécessité de la prohibition complète des rapports sexuels avec les personnes atteintes de tuberculose; du moins doivent-ils être très réservés;

la femme tuberculeuse ou suspecte de le devenir doit renoncer à la maternité et surtout à l'allaitement.

C'est surtout dans le confinement nocturne que réside le danger de la vie en commun avec les phtisiques; quand l'air a été largement renouvelé, on peut impunément y circuler et même y séjourner; la ventilation continue de la chambre du malade est de rigueur; il faut proscrire les fermetures trop exactes, les portières, les alcôves, etc.

Les matières expectorées doivent être désinfectées; les malades doivent cracher non sur des linges, mais dans des crachoirs à orifice étroit et à couvercle mobile, contenant une poussière de bois imbibée de liquides antiseptiques (solutions de chlorure de zinc, de chaux, phéniquées, etc.).

Les crachoirs doivent être vidés deux fois par jour, soigneusement nettoyés à l'eau bouillante et les crachats jetés dans les fosses d'aisance mais non sur les fumiers, dans les jardins, etc.

Pour les promenoirs des stations thermales, Vallin conseille de multiplier les moyens de désinfection et les crachoirs.

Dans une maison particulière, après le décès d'un tuberculeux, il faut faire passer à la vapeur à 100° les étoffes de tenture qui ne se peuvent laver, toute la literie et les vêtements des malades, brûler dans la pièce de la fleur de soufre (30 grammes par mètre cube); on doit après la fumigation laisser la pièce ouverte huit jours jour et nuit.

Vallin s'élève contre la désinfection insuffisante dans les chambres d'hôtel des villes d'eau et stations hivernales, à la suite des décès des tuberculeux et réclame l'application des mesures sus indiquées. Il demande la désinfection annuelle des casernes des hôpitaux, prisons, etc.

Vallin ne regarde pas comme nécessaire l'existence d'hôpitaux spéciaux pour les phtisiques, il suffirait de pavillons permettant de répartir les malades par groupes similaires et surtout de mettre en pratique les mesures de désinfection qu'il préconise. Il demande surtout le passage à l'étuve de tous les effets de literie et habillements des malades.

H. L.

VIII. — Les auteurs, ayant cherché infructueusement le bacille de Koch dans les liquides pleurétiques ou péritoniques, eurent l'idée de recourir à l'injection de ces liquides.

Le liquide a toujours été recueilli sur le vivant à l'aide de la ponction capillaire et de l'aspiration, après l'emploi des précautions antiseptiques; les inoculations ont été pratiquées sur des cochons d'Inde; trois centimètres cubes étaient injectés dans le péritoine avec une seringue de Pravaz. Les expériences ont porté sur 23 cobayes avec des liquides pris sur 21 malades.

Quatre inoculations n'ont pas donné de résultats ; neuf ont été négatives; l'autopsie pratiquée 3 et 4 mois après n'a pas montré de lésions tuberculeuses; dix ont été positives.

Les lésions consistèrent en granulations des viscères et des ganglions dans lesquelles on retrouvait les bacilles; d'une façon générale les inoculations pratiquées avec des liquides provenant des malades certainement ou probablement tuberculeux ont donné un résultat positif; celles faites avec des liquides venant de malades probablement ou certainement non tuberculeux ont été négatives. H. L.

IX. — Grancher a fait deux séries d'inoculations intra-péritonéales chez des cobayes, les unes avec des gouttes ou des fragments dissociés, recueillis sur des malades atteints de scrofulides graves, abcès froid, adénite caséeuse, gomme scrofuleuse, etc., et toutes ont donné des résultats positifs; les autres avec des éléments pris sur des scrofulides bénignes, impétigo, adénite subaiguë, kérato-conjonctivite, etc. Sur 22 inoculations de cette série 2 seulement ont été positives, 20 négatives. Les deux positives ont été faites non pas avec la croûte de l'impétigo fragmentée, mais l'une avec un bourgeon né sous la pustule d'impétigo, l'autre avec le pus d'un petit abcès du derme sous-crustacé. En fait, tous les impétigos se sont montrés stériles.

Grancher est porté à croire que la lésion cutanée sert de porte d'entrée aux microbes. H. L.

X. — Ce mémoire est basé sur une série d'expériences faites à l'aide des inoculations en séries suivant la méthode de l'auteur. Par ce procédé, il a pu s'assurer que l'inoculation de produits scrofuleux osseux, articulaires, viscéraux, ainsi que celle de nodules cutanés scrofuleux ou de fragments de peau atteints d'ulcérations scrofuleuses a toujours donné naissance chez les animaux en expérience à des tuberculoses généralisées : au contraire, l'inoculation de substances provenant de manifestations scrofuleuses bénignes (croûtes d'impétigo, eczéma, ganglions enflammés) n'a jamais été suivie de manifestations tuberculeuses. Aussi H. Martin, ayant remarqué que ce dernier groupe se développe de préférence chez les enfants lymphatiques issus de parents arthritiques, propose-t-il de les désigner sous le nom d'arthritides héréditaires précoces, réservant le nom de scrofulides aux manifestations du second groupe. Selon lui, l'expression de scrofule devrait être conservée en clinique, car elle comprend un ensemble de manifestations morbides sur lesquelles tout le monde s'entend, mais en nosologie ce terme doit disparaître et être remplacé par celui de tuberculose. C. GIRAUDEAU.

XI. — L'auteur a conduit ses expériences avec la plus grande rigueur. 87 phtisiques dont les crachats contenaient manifestement des bacilles furent examinés; la peau fut lavée auparavant avec le savon et l'alcool, l'inoculation fut faite avec des aiguilles flambées, la piqûre fut protégée par du coton antiseptique. Chaque jour, à partir du moment où la pustule se développa, la lymphe fut examinée avec le plus grand soin ; on ne découvrit jamais de bacilles. A. C.

XII. — L'auteur a cherché à vérifier dans quelle mesure l'alimentation par du lait tuberculeux est capable de donner la tuberculose. Tout en admettant la possibilité et même la fréquence de ce mode d'inoculation, il croit à l'immunité possible des animaux.

Trois de ses expériences le démontrent. De jeunes veaux, issus de parents sains et placés dans de bonnes conditions hygiéniques, sont nourris avec du lait provenant de vaches manifestement tuberculeuses pendant plus de deux mois : on les sacrifie et on ne trouve aucun signe d'envahissement du mésentère ni du poumon par le tubercule. Ceci montre que quand l'épithélium intestinal est sain il résiste au contact des bacilles virulents.

XIII et XIV. — L'intérêt de ces deux mémoires provient de la situation spéciale de leurs auteurs.

L'un d'eux, Powell, est médecin de l'hôpital de Brompton, destiné spécialement aux tuberculeux : et quant au médecin de Menton, sa compétence en phtisiologie est suffisamment connue. Or, tous deux, bien qu'admettant la réalité de la contagion de la phtisie, la regardent en pratique comme très rare et font remarquer que le personnel infirmier et médical de l'hôpital des phtisiques paye un tribut minime à cette maladie, malgré les conditions de contagiosité les plus formelles. C'est le terrain morbide et la prédisposition originelle, le plus souvent héréditaire, qui pour les deux médecins anglais jouent le rôle causal prépondérant. H. R.

XV. — Fernet rapporte quatre observations (2 hommes et 2 femmes) de tuberculose génitale qui lui permettent d'avancer, sous toutes réserves, les conclusions suivantes :

1° La tuberculose génitale primitive peut probablement être causée par contagion directe dans les rapports sexuels ;

2° Il faut tenir pour suspectes les blennorrhées indolentes qui se montrent chez certains hommes à la suite de rapports sexuels, surtout lorsqu'elles ne sont pas consécutives à la blennorragie proprement dite ; quelques-unes de ces blennorrhées paraissent être de nature tuberculeuse; on peut en dire autant de certaines leucorrhées chez la femme. La recherche du microbe tuberculeux jugera la question ;

3° Les rapports sexuels avec un sujet atteint de tuberculose génitale exposent à la contagion directe ; ils présentent donc un risque qu'il est sage d'éviter ;

4° Un des principaux dangers de la tuberculose génitale existe dans la possibilité d'une infection générale secondaire ; il faut donc poursuivre sa guérison par tous les moyens, même recourir à une opération chirurgicale. H. L.

I. — Bacilles de la tuberculose dans une ulcération périnéale, dans la tuberculose du vagin et dans une ulcération de la lèvre inférieure, par BABÈS (*Soc. anat.*, *20 juillet* 1882).

II. — Ueber Bacillen, par KOWALSKI (*Soc. de méd. de Vienne*, 16 *février* 1883).

III. — Ueber das Vorkommen der Tuberkelbacillen im Eiter (Des bacilles tuberculeux dans le pus), par SCHLEGTENDAL (*Fortschr. der Med.*, *n°* 17, 1883).

IV. — Ueber Tuberkelbacillen und Tuberkulose, par BALLAGI (*Wien. med. Presse*, *n°* 17, *p.* 535, 1883).

V. — Zur Lehre von der Tuberkelbacillen insbesondere über deren Bedeutung für Diagnose und Prognose (Des bacilles, surtout au point de vue du diagnostic et du pronostic), par ZIEHL (*Deutsch. med. Woch.*, *n°* 5, 1883).

VI. — Du bacille de la tuberculose ; sa recherche et sa valeur diagnostique, par HUGUENY (*Th. de Nancy*, 1883).

VII. — The diagnostic and pronostic value of the tubercle bacillus, par G. Hunter MACKENZIE (*Edinb. med. journ.*, *p.* 681, *février* 1884).

VIII. — Ueber Tuberkelbacillen im Blute bei allgemeiner acuter Miliartuberculose (Des bacilles dans le sang au cours de la tuberculose miliaire aiguë, par WEICHSELBAUM (*Soc. de méd. de Vienne*, 29 *février* 1884).

IX. — Ueber das Vorkommen der Tuberkelbacillen in den Organen Tuberculöser (Des bacilles dans les organes des tuberculeux), par WESENER (*D. Arch. f. klin. Med., Band. XXXIV, Heft* 5 *et* 6, 1884).

X. — Recherche du bacille de Koch dans la tuberculose calcifiée, par DÉJERINE (*Compt. rend. Soc. biologie, n°* 30, 1884).

XI. — Ueber ein neues Reinculturverfahren der Tuberkelbacillen (Nouveau procédé de culture des bacilles tuberculeux), par BAUMGARTEN (*Centrbl. f. die med. Wiss., n°* 22, 1884).

XII. — Digestione artificiale, riscaldamento e cottura der bacillo tubercolare. Conservazione del medesimo nell'acqua e nelle biancherie (Digestion artificielle, chauffage et cuisson du bacille; sa conservation dans l'eau et les linges), par SORMANI (*Ann. univers., août* 1884).

XIII. — Gommes scrofulo-tuberculeuses sans bacilles ni zooglées visibles ayant reproduit par inoculation la tuberculose bacillaire, par LETULLE (*Soc. méd. des hôpit.*, 28 *novembre* 1884).

XIV. — Des variations de nombre des bacilles dans les crachats des tuberculeux, par Z. ZIENKIEWITCH (*Med. Obosrenié, n°* 1, 1885).

I. — Cornil et Babès ont montré qu'on ne trouve pas habituellement de bacilles dans la tuberculose de la peau; il n'en est pas de même dans les ulcérations tuberculeuses qui siègent au voisinage des orifices muqueux. C'est au moins ce qui résulte de trois faits rapportés par Babès (ulcérations anale, labiale, vaginale) où il a trouvé les bacilles de Koch. Dans le dernier cas, le muco-pus vaginal en renfermait également.

A la suite de la lecture de ce travail, M. Cornil rapporte un fait de cystite avec constatation de bacilles dans le pus urétral, chez un individu qui ne présentait aucun signe de tuberculose et insiste sur l'importance diagnostique de l'examen histologique des urines dans des cas douteux de ce genre. L. D. B.

II. — L'auteur a examiné 600 malades, au point de vue des bactéries, et fait environ 3,000 préparations depuis la fin de mai 1882. Il ne lui est pas arrivé une seule fois de trouver le bacille de la tuberculose chez des sujets non tuberculeux. Dans le plus grand nombre des cas de phtisie, il a pu le découvrir à une période où les phénomènes cliniques ne permettaient pas encore le diagnostic. Souvent il a vu les bacilles se multiplier pendant que la maladie avançait dans son développement. La valeur de constatations histologiques lui paraît indiscutable et très considérable en clinique. L. GALLIARD.

III. — Les recherches ont porté sur 100 cas; dans 26 d'entre eux, on a constaté la présence de bacilles de la tuberculose; mais 74 fois le résultat a été entièrement négatif : 1° Pus provenant d'abcès non en contact avec l'air (abcès osseux, articulaires, ganglionnaires ou sous-cutanés); sur 40 cas, 17 résultats positifs ; 2° Pus provenant de fistules ou d'ulcérations (fistules osseuses ou articulaires ; ganglions lymphatiques; voies urinaires; ulcérations proprement dites); sur 60 cas 9 résultats positifs.

Dans plusieurs des cas relatés cependant, le diagnostic de tuberculose n'était pas discutable. Il semble donc, que, dans bien des circonstances,

l'examen du pus, provenant de fistules ou d'abcès, au point de vue de l'existence des bacilles, ne peut être utilisé pour le diagnostic.

W. OETTINGER.

IV. — C'est à la clinique du professeur Koranyi, de Budapest, que l'auteur a fait ses recherches. Voici les conclusions :

Les bacilles de Koch, grâce à leur forme et à leur mode d'apparition, constituent une famille spéciale jusqu'ici non décrite. Ces micro-organismes, colorables par les préparations d'aniline (la brune exceptée), se distinguent d'une façon incontestable non seulement des éléments cellulaires des tissus animaux, mais aussi des organismes de la putréfaction et de tous les autres (bacille de la lèpre excepté). Les méthodes de coloration qu'on utilise pour les isoler ne s'appliquent pas aux autres bactéries.

Ces bacilles ne s'observent pas constamment dans les crachats des phtisiques au début, de ceux qui n'ont que du catarrhe des sommets ou des hémoptysies; mais on les trouve toujours dans les cas de phtisie avancée; leur nombre n'est influencé ni par l'intensité de la fièvre, ni par l'extension du processus pulmonaire et c'est seulement dans la phtisie galopante que ce nombre est constamment très élevé.

On peut démontrer leur présence dans les organes envahis par la tuberculose.

On ne les trouve jamais dans les crachats des sujets non phtisiques. Aussi leur constatation est-elle décisive pour le diagnostic, surtout si elle est faite à plusieurs reprises, tandis que leur absence ne permet pas d'éliminer absolument la tuberculose. L. GALLIARD.

V. — L'auteur a trouvé les bacilles dans les crachats de 72 phtisiques; de tous les malades atteints de tuberculose appréciable à l'auscultation un seul faisait exception à la règle. Les bacilles ont même été découverts chez les individus suspects, avant l'apparition des symptômes physiques. Dans 34 cas au contraire d'affections respiratoires diverses (pneumonies, bronchites, gangrène pulmonaire) les résultats ont été constamment négatifs.

Voici 3 observations intéressantes :

1° Un soldat de 23 ans se refroidit au bal, il tousse et au bout de huit jours il a une hémoptysie. A la clinique on ne constate chez lui ni matité, ni râles. Le lendemain de son entrée il a de la fièvre. Au bout de quatre jours on perçoit des râles au sommet droit, puis de la matité. Or, l'examen des crachats, pratiqué immédiatement après la cessation des hémoptysies, a révélé la présence des bacilles.

Au bout de 7 semaines, le sujet quitte l'hôpital dans un état très satisfaisant, ayant augmenté de 14 livres et n'offrant plus aucun signe de tuberculose. Comme les crachats font défaut, il est impossible de savoir si l'élimination des bacilles s'est continuée après les premières constatations.

Il s'agit là d'une hémoptysie initiale, suivie de guérison apparente chez un sujet porteur de tubercules. Ce cas se rapproche de ceux de Hiller et de Lichtheim.

2° Dans ce cas, le microscope a permis de faire le diagnostic de la syphilis et de la tuberculose :

Une femme de 32 ans, malade depuis huit mois, se présente le 25 octobre 1883, avec un rétrécissement du larynx. L'épiglotte est tuméfiée et recouverte d'ulcérations superficielles; les deux cartilages aryténoïdes sont

gonflés. Rien dans les poumons. Fièvre vespérale. Le sujet ayant eu des accidents vénériens et la lésion paraissant relever de la syphilis, on lui donne de l'iodure de potassium.

Le 31 octobre, trachéotomie. Les sécrétions fournies par la canule, examinées à plusieurs reprises, ne contiennent pas de bacilles. Mais on en trouve dans le pus emprunté aux ulcérations du larynx : la syphilis put donc être éliminée.

C'est seulement le 25 novembre qu'on découvre des signes pulmonaires. Mort le 9 décembre. A l'autopsie, ulcérations tuberculeuses du larynx, bronchite et péri-bronchite, tubercules miliaires dans les deux poumons, les reins et la rate.

3° L'examen histologique a porté ici sur des fragments de tumeur du larynx dont on voulait préciser la nature. Sur des coupes on a constaté l'existence d'un tissu de granulations et la présence des bacilles.

Résumant ses observations, l'auteur déclare que la présence des bacilles dans les crachats des phtisiques est la règle, mais qu'il peut y avoir des exceptions; que leur absence ne permet pas d'écarter absolument l'hypothèse de la tuberculose. Enfin, l'étude du nombre et du degré de développement des bacilles n'a pas pour le pronostic la valeur que lui attribuent Balmer et Fräntzel. L. GALLIARD.

VI. — Le procédé employé par l'auteur pour déceler le bacille de Koch dans les crachats des tuberculeux a été celui de Balmer et Fräentzel avec quelques modifications qui le rendent plus expéditif : la préparation d'une plaque ne demande pas plus de dix minutes. Au lieu d'abandonner pendant 24 heures la lamelle recouverte des produits tuberculeux dans une solution froide de violet de gentiane, Hugueny chauffe le liquide colorant dans une petite capsule à l'aide d'une lampe à alcool, le maintient pendant une ou deux minutes seulement à 80°; la solution de violet de gentiane qu'il emploie est plus concentrée que celle de Balmer et Fräentzel (violet de gentiane 6 grammes, eau saturée d'aniline 100 grammes). Comme liquide colorant, destiné à teinter les parties de la préparation autres que les bacilles, l'auteur se sert d'une solution de chrysoïdine préparée comme dans le procédé de Gibbes (*R. S. M.*, n° 42, 15 avril 1883).

Après la relation sommaire de 60 observations dont 42 ont trait à des tuberculeux, Hugueny pose les conclusions suivantes :

L'existence de bacilles de Koch dans les produits d'élimination d'un organe est une preuve certaine de tuberculose de cet organe, même lorsque les signes cliniques font défaut.

L'absence des bacilles ne permet pas de conclure à l'absence de tuberculose, car ils peuvent manquer dans certaines préparations alors qu'ils se rencontrent dans d'autres, faites le même jour, ou à quelques jours d'intervalle; de plus, on ne les trouve que quand il s'est établi un processus destructif dans un foyer tuberculeux, et que ce foyer communique avec le conduit qui fournit les produits d'élimination.

Dans quelques cas, le nombre et les dimensions des bacilles, variables dans des crachats pris chez le même malade à des jours différents, pourront donner des indications sur l'évolution de la maladie, et être un élément de pronostic important.

Contrairement à l'opinion de Crœmer et de Menche, Hugueny estime

qu'il est possible de reconnaître le bacille de Koch dans les matières fécales des phtisiques. P. PARISOT.

VII. — Travail consciencieux, portant sur l'analyse de 70 cas étudiés soigneusement. Les conclusions de l'auteur confirment les résultats déjà connus, à savoir que le bacille est pathognomonique de la tuberculose, et qu'il manque dans les bronchites chroniques non tuberculeuses.

L'auteur l'a trouvé surtout abondant dans la phtisie aiguë fébrile : il l'indique également dans le sang des hémoptysies, comme ayant une valeur diagnostique considérable. Par contre, son importance pronostique est difficile à préciser, car il peut y avoir abondance de bacilles dans des phtisies lentes, torpides, apyrétiques et inversement, peu de bacilles dans des cas de phtisie aiguë. H. R.

VIII. — Weigert a insisté le premier sur la tuberculose des veines dans ses relations avec l'infection tuberculeuse du sang et la genèse de la tuberculose miliaire aiguë. Après la découverte du bacille de Koch, il a entrepris une nouvelle série de recherches et réussi à démontrer l'existence de l'élément infectieux dans ces foyers veineux primitivement incriminés par lui. Mais ce qui manquait encore à Weigert c'était la constatation des bacilles dans le sang.

Or, Weichselbaum a comblé cette lacune en découvrant les bacilles du sang chez trois sujets atteints de tuberculose miliaire aiguë. Dans ces trois cas la maladie avait eu pour point de départ des lésions veineuses; chez le premier sujet on trouva des tubercules des veines utérines au niveau de l'insertion du placenta, chez le second des tubercules des veines pulmonaires; le dernier présenta des foyers de même nature dans le plexus vésico-vaginal.

L'auteur saisit cette occasion pour combattre l'opinion de Ziehl qui nie la présence des bacilles dans les granulations de la tuberculose miliaire aiguë. Chez les trois sujets, il a pratiqué l'examen histologique d'un grand nombre de foyers viscéraux et constamment il y a trouvé les bacilles.

Le sang des individus atteints de phtisie chronique contient probablement des bacilles, mais on n'en a pas encore fait mention, et du reste, les bacilles doivent s'y trouver en trop petit nombre pour servir aux recherches cliniques. Dans la tuberculose aiguë, au contraire, leur recherche paraît avoir une véritable importance; l'auteur annonce qu'elle devra désormais éclairer le diagnostic.

A son instigation, Kowalski a examiné le sang de onze malades chez qui la tuberculose aiguë avait revêtu la forme typhoïde et dont il a pu vérifier les lésions à l'autopsie. Malheureusement, ses très nombreuses préparations ne lui ont pas permis de découvrir une seule fois les bacilles de Koch. Il est vrai que le sang des sujets n'avait pas été extrait au moyen de ventouses scarifiées, comme l'aurait désiré Weichselbaum, mais quelques gouttes prises aux doigts paraissent devoir constituer un échantillon suffisant à l'analyse histologique.

Les résultats de Weichselbaum restent donc encore isolés : il est difficile, en effet, d'attribuer la même valeur à un fait de Palhauf qui, dans un cas de méningite tuberculeuse de la base, trouva des bacilles dans le sang de l'artère basilaire et des veines pulmonaires, puisqu'il ne s'agissait pas là de tuberculose miliaire généralisée aux viscères.

Du reste, en admettant même l'authenticité de ces résultats, la présence des bacilles dans le sang ne confirmerait pas encore d'une façon décisive les théories de Weigert. L. GALLIARD.

IX. — L'auteur a recherché les bacilles dans différents organes tuberculeux; il les a particulièrement étudiés au point de vue de leur nombre et de leur mode de répartition. Dans les poumons, les bacilles se rencontrent surtout au voisinage des cavernes, dans les parois des excavations. Ils sont nombreux surtout dans la zone embryonnaire, et en particulier au milieu des cellules épithélioïdes. Le plus souvent ils sont contenus dans ces cellules elles-mêmes et deviennent libres seulement lorsque en vertu d'une sorte de nécrose de coagulation celles-ci se fragmentent et donnent lieu à des amas de détritus plus ou moins reconnaissables.

C'est toujours dans la zone embryonnaire et surtout dans la zone épithélioïde que ces microphytes sont le plus nombreux, ils disparaissent le plus souvent à mesure que se produit la caséification. Ils s'étendent au contraire de plus en plus à la périphérie, par un véritable mouvement d'expansion.

La chose se rencontre tout aussi bien dans le foie, les reins, les capsules surrénales que dans le poumon lui-même.

F. Wesener a vu que le nombre des bacilles trouvés au voisinage des cavernes n'est nullement en relation avec la quantité de ces organismes rencontrés dans les crachats, et, d'autre part, qu'il ne paraît pas y avoir non plus de relation entre cette quantité et l'intensité des phénomènes fébriles pendant la vie.

Dans quelques cas de tuberculose miliaire, les bacilles ont manqué, ils ont été vus dans d'autres. Cela ouvre la voie aux hypothèses : s'agit-il dans certains cas de spores qui échappent à la coloration et partant à l'examen ? A. MATHIEU.

X. — On sait que dans le sommet des poumons de vieillards, on trouve souvent des masses calcifiées entourées d'une zone de pneumonie interstitielle et c'est là un des modes de guérison de la tuberculose. Il était intéressant de rechercher dans ces cas la présence de l'agent infectant. Les recherches de l'auteur ont été faites sur des poumons de vieillards morts d'une maladie intercurrente. Les productions calcifiées furent examinées après une porfirisation et mêlé à l'eau. Dans les masses fortement calcifiées il n'y avait pas de bacille de Koch. Dans les noyaux caséeux et crétacés, le bacille se trouvait dans la masse caséeuse. Ces résidus de l'affection bacillaire ont un certain intérêt; ils permettent de différencier les masses caséo-calcaires de la tuberculose de productions similaire d'origine syphilitique. Il ne faut pourtant pas éliminer la préexistence de la tuberculose, si on ne trouve pas le bacille.

XI. — Pour obtenir des cultures aussi pures que possible du bacille tuberculeux, Baumgarten propose un procédé nouveau. Lorsqu'on implante une masse tuberculeuse, empruntée à un animal vivant, dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin, on constate que la masse implantée grossit rapidement les jours suivants : cet accroissement de volume est dû exclusivement à la pullulation des bacilles, pendant que la trame du tubercule s'atrophie. En faisant une série de transplantations sur plusieurs lapins, on obtient des cultures de plus en plus pures du

bacille et, finalement, il ne reste rien des autres éléments anatomiques du tubercule. L. D. B.

XII. — La digestion artificielle complète avec le suc gastrique d'un animal omnivore détruit à la fois dans sa vitalité et dans sa forme le bacille tuberculeux. Cette destruction ne se produit que dans les dernières périodes de la digestion ; si celle-ci est peu active, par insuffisance de sucs, par insuffisance d'acidité, le bacille n'est pas atteint et conserve sa virulence.

La virulence du bacille est détruite par l'ébullition pendant 5 minutes et même par le chauffage à 60°-65° pendant une heure.

L'eau ne détruit pas le bacille de la tuberculose, alors même qu'elle contient de l'acide sulfhydrique. Peut-être diminue-t-elle sa virulence.

Les crachats qui mouillent le linge des tuberculeux lui communiquent une virulence qui persiste pendant plusieurs mois; elle paraît disparaître après 4 ou 6 mois.

Ces résultats divers ont tous été contrôlés par l'inoculation aux animaux. F. BALZER.

XIII. — Relation de 4 faits où l'inoculation des produits de gommes scrofulo-tuberculeuses hypodermiques, dépourvus de bacilles et de zooglées visibles, a déterminé constamment chez les animaux la tuberculisation bacillaire. Mais celle-ci a toujours été très lente. La scrofule ne saurait être considérée comme une maladie absolument distincte de la tuberculose : elle en diffère par la rareté des bacilles, leur virulence moindre et leur tendance à se localiser longtemps à la surface du corps.

L.-D.-B.

XIV. — De ses nombreuses recherches clinico-microscopiques Zienkiévitch tire les conclusions suivantes :

1. La quantité et la qualité des crachats n'a aucune influence sur le nombre des bacilles dans les crachats.

2. L'opinion de Balmer, Fräentzel et Pfeiffer et autres, d'après laquelle le nombre des bacilles de la tuberculose atteindrait son maximum les derniers jours de la vie du malade est erronée.

3. La quantité des bacilles de la tuberculose dans les crachats ne dépend pas du degré du processus destructif dans les poumons.

4. Cette quantité est proportionnée à l'intensité de la fièvre mais seulement en tant que cette dernière dépend de la rapidité du processus destructif dans les poumons.

5. Les bacilles de la tuberculose ne se développent pas primitivement dans les crachats et ce n'est pas des crachats qu'ils pénètrent dans le tissu pulmonaire. Au contraire, ils provoquent d'abord la formation des tubercules et seulement après, à mesure que s'effectue la fonte des tubercules, ils apparaissent dans les crachats. La supposition de Balmer et Fräentzel que les bacilles de la tuberculose se développent mieux dans les crachats que dans le tissu pulmonaire est pour le moins douteuse. W. HOLSTEIN.

I. — Plötzlicher Tod bei Lungenschwindsucht im Folge von Lufteintritt in die Gefässe (Mort subite dans la phtisie pulmonaire à la suite de la pénétration d'air dans les vaisseaux), par DUNIN (*Berl. klin. Woch.*, 30 *janvier* 1882).

II. — Beitrag zu Dunin's Bericht. (même sujet), par **VOGEL** (*Ibid.*, 20 *mars* 1882).

III. — **Simulation de pneumothorax tuberculeux par des gaz intestinaux**, par **RIEGEL** (*Ibid.*, 4 *septembre* 1882).

IV. — **Contribution à l'étude des températures périphériques et particulièrement des températures morbides locales dans la phtisie pulmonaire**, par **SARDA** (*Th. Montpellier*, 1882).

V. — **Température locale dans la phtisie pulmonaire**, par **REDARD** (*Compt. rend. Soc. biolog.*, n° 15, 1882).

VI. — **Études sur les rapports de la tuberculose et du cancer**, par **U. GOSSELIN** (*Thèse Paris*, 1882).

VII. — **Étude clinique et statistique sur le rôle des hyperémies et phlegmasies broncho-pulmonaires dans l'évolution des lésions tuberculeuses du poumon**, par **MAYET** (*Gaz. méd. de Paris*, n° 6, 1883).

VIII. — **Volumineux anévrisme d'une artère pulmonaire chez une phtisique morte d'hémoptysie**, par **DAMASCHINO** (*Union méd.*, 5-7 *avril* 1883).

IX. — **De l'embolie pulmonaire comme cause de mort rapide et imprévue dans le cours de la phtisie pulmonaire**, par **DUGUET** (*Union méd.*, 19 *et* 23 *septembre* 1883).

X. — **The relations of phthisis and albuminuria**, par **Th. WILLIAMS** (*Brit. med. journ.*, *p.* 1224, *décembre* 1883).

XI. — **Ueber die Kalkausscheidung im Harn bei Lungendschwindsucht** (**De l'excrétion de sels calcaires par l'urine dans la phtisie pulmonaire**), par **SENATOR** (*Charité-Annal.*, *VII, Jahrg, p.* 397).

XII. — **De la tuberculose péritonéopleurale subaiguë**, par **FERNET** (*Soc. méd. des hôp.*, 20 *février* 1884).

XIII. — **La pleurésie tuberculeuse phtisiogène d'emblée**, par **RENAUT** (*Gaz. méd. de Paris*, 9 *novembre* 1884).

XIV. — **Recherches sur la guérison du pneumothorax chez les phtisiques**, par **ROUANET** (*Thèse Paris*, 1884).

I. — Phtisique de 22 ans ne présentant de signes physiques qu'au sommet droit. Un jour où il s'était levé il s'affaissa subitement sans cri. Quand le médecin de service arriva, il était déjà mort n'ayant eu ni convulsions ni autre phénomène remarquable.

Autopsie 24 heures après le décès, la température étant fraîche et la putréfaction cadavérique peu marquée.

Granulations tuberculeuses et grande caverne dans le poumon droit. Le poumon gauche présente également des granulations et 3 cavernules, dont l'une du calibre d'une noix, située dans la profondeur du lobe inférieur, contient un peu de sang mêlé de bulles d'air.

Ventricule gauche rempli d'un sang fluide, vermeil, battu avec d'innombrables bulles d'air formant mousse. Le ventricule droit renferme aussi des vésicules d'air, mais moins nombreuses.

Toutes les artères du corps ont un sang mêlé d'air ; l'air se retrouve en moindre quantité dans les veines caves et l'artère pulmonaire.

Enfin tous les vaisseaux encéphaliques, artériels et veineux sont dilatés et remplis d'air.

L'examen à la loupe n'a pu faire découvrir le vaisseau intrapulmonaire lésé, mais il est évident qu'il s'agissait d'un ramuscule des veines pulmonaires.

II. — Vogel, à propos du fait de Dunin, rappelle avoir observé en 1874 un cas de mort subite chez un enfant, occasionnée par le même mécanisme.

Fillette de 5 ans souffrant depuis longtemps d'une affection thoracique. Après une violente quinte de toux on la voit s'affaisser subitement en criant « Oh ma poitrine! »

Le lendemain, à l'autopsie du corps qui était dans un état de conservation parfaite, on trouva au sommet du poumon droit un ganglion caséeux placé entre une grosse bronche et la veine sous-clavière, qui l'une et l'autre étaient ulcérées. En insufflant de l'air par la bronche principale on le voyait s'échapper par un orifice situé sur le côté du rameau bronchique.

Le corps contenait une très petite quantité de sang liquide, mêlé de grosses bulles d'air. De l'air existait aussi dans la capsule de la rate, des reins et dans le mésentère.

III. — Phtisique à la dernière période ayant une vaste caverne au sommet gauche et des foyers circonscrits de matité dans le lobe inférieur correspondant.

Trois jours avant la mort, le malade est pris d'un point de côté gauche et d'une gêne respiratoire extrême. La partie inférieure gauche du thorax reste presque complètement immobile pendant la respiration. La matité de la base est remplacée par un son tympanique avec respiration amphorique et bruit d'airain. Collapsus et mort.

A l'autopsie au lieu du pneumothorax diagnostiqué, on constate que la loge thoracique gauche est considérablement diminuée d'étendue et que le diaphragme remonte jusqu'au-dessus de la 4e côte refoulé par une anse de gros intestin, distendu par des gaz. En même temps l'estomac est dévié à droite et le lobe inférieur du poumon gauche comprimé. J. B.

IV. — Sarda expose d'abord le résultat de ses recherches sur les températures locales, à l'état physiologique, En général, le 2e espace intercostal gauche a une température plus élevée que le 2e espace droit (0, 1 à 0,15); les températures de la fosse sus-claviculaire sont légèrement supérieures à celles du 2e espace, de 0,05 à 0,15. Les températures thoraciques sont plus élevées le soir que le matin, et cela dans des limites variant de 0,01 à 0,05. Chez les sujets atteints de fièvre sans lésion pulmonaire la température de la paroi thoracique, comme celles de la face palmaire de la main et de la face antérieure de l'avant-bras, s'élèvent plus que la température générale, sans cependant l'atteindre. Chez les chlorotiques et chez toutes les femmes au moment des règles on observe une légère diminution dans la température de la paroi thoracique.

Quant aux variations des températures morbides locales, dans la tuberculose pulmonaire chronique, voici les conclusions de l'auteur:

Dès le début de la tuberculose il y a hyperthermie locale ; à la période initiale, elle est de 0,5 à 1°; à la période de craquements secs elle varie de 1° à 1,5; à la période des craquements humides elle est plus forte, souvent égale ou inférieure, rarement supérieure à celle de la période précédente. Lorsque les cavernes sont formées, s'il n'y a pas d'inflammation péricaverneuse, la température locale dépasse à peine la normale de 0,5.

Au cas d'hémoptysie tuberculeuse il y a hyperthermie locale au point où s'est faite l'hémoptysie.

La disparité entre les deux sommets, lorsqu'elle atteint au moins un demi-degré, est un signe probant de tuberculose pulmonaire.

L'hyperthermie locale doit être attribuée aux combustions interstitielles, aux irritations vaso-motrices réflexes, au rayonnement.

Plus l'hyperthermie sera considérable, plus active devra être l'action thérapeutique. Les dérivatifs et les révulsifs abaissent toujours la température locale dans les cas de tuberculose pulmonaire. A. MOSSÉ.

V. — 1° Tout foyer tuberculeux n'élève pas *constamment* la température de la paroi correspondante.

2° L'élévation de la température locale n'est pas *toujours* proportionnelle à l'étendue des lésions.

3° La température pariétale du thorax peut varier à des époques rapprochées; un point qui, comparé au côté opposé, donne une température élevée le soir, peut donner une température plus basse le lendemain au matin. De là la nécessité de suivre la marche de la température périphérique du thorax pendant plusieurs jours et de prendre des moyennes.

4° Les tuberculeux seuls ne présentent pas des différences de température des deux côtés du thorax; il en est de même parfois pour les chlorotiques, et surtout les hystériques.

5° Dans la phtisie aiguë, au premier degré et principalement dans les formes congestives avec accès fébriles, hémoptysies, on note très souvent une élévation thermique de 5 à 6 dixièmes de degré environ du côté où siègent principalement les lésions tuberculeuses.

Cette hyperthermie n'est pas localisée au foyer tuberculeux; il existe généralement une hémi-hyperthermie, notée dans toute l'étendue du thorax, souvent aussi marquée dans les points correspondant aux parties saines que dans ceux correspondant aux parties infiltrées. L'élévation de la température locale peut exister à la base du cou, au niveau des dernières côtes, à la limite du thorax et de l'abdomen.

6° Dans les cas de phtisie à la période de ramollissement, dans les formes chroniques et sans fièvre intense, les résultats fournis par la thermométrie locale sont absolument incertain et leur constatation ne peut être d'une utilité sérieuse.

Sur 60 cas, 28 fois l'élévation de la température existait du côté le plus atteint, dans 32 cas du côté le moins malade; dans 10 cas, la température était égale des deux côtés.

7° Dans la phtisie à la troisième période, les résultats sont peu précis.

8° Dans aucun cas, on n'a trouvé la température de la peau du thorax supérieure à la température axillaire.

9° La recherche des températures comparées des aisselles ne donne aucune loi précise.

Dans les phtisies à marche rapide, avec fièvre, la température est généralement plus élevée (de 5 à 6 dixièmes en moyenne) du côté le plus atteint.

Dans les phtisies chroniques, les résultats sont très variables. Les tubercules à l'état infiltré élèvent plus la température de l'aisselle du côté infiltré que de l'aisselle du côté en voie de ramollissement. La température de l'aisselle du côté atteint de cavernes, comparée à celle de l'aisselle du côté atteint de tubercules en voie de ramollissement, est généralement moins élevée. M.

VI. — L'auteur tire, d'une centaine d'observations comparées, les conclusions suivantes :

1° La tuberculose et le cancer peuvent coexister sur le même sujet ; c'est là un fait acquis aujourd'hui ; l'opinion d'auteurs compétents, et de nombreuses observations en font foi.

2° Le cancer ne se développe pas chez un individu entaché de tuberculose. Il n'y a pas d'antécédents héréditaires directs de tubercule chez les cancéreux.

3° Le tubercule se montre quelquefois chez les cancéreux, principalement quand le cancer siège sur les voies digestives; mais alors c'est un tubercule acquis, apparaissant chez un individu cachectique, dont l'organisme est moins capable de résistance. A. CHAUFFARD.

VII. — Tout en faisant la part de l'hérédité, M. Mayet montre combien est grand le rôle que jouent les phlegmasies broncho-pulmonaires dans l'éclosion de la tuberculose.

Dans un certain nombre de cas, le développement de la maladie s'est fait immédiatement à la suite d'une fluxion des organes respiratoires. L'hyperémie est manifestement la cause adjuvante, et elle agit d'autant plus sûrement qu'il y a lieu de soupçonner davantage ou d'affirmer une autre cause débilitante, ou encore des antécédents héréditaires indiscutables. L'auteur cite à l'appui de ces faits une cinquantaine d'observations, dont quelques-unes se recommandent à l'attention.

D'autres fois, l'affirmation ne peut avoir lieu bien que l'hypothèse s'impose pour ainsi dire d'elle-même.

En rappelant que sur 167 cas, 52 fois la fluxion a été le point de départ certain de l'éclosion de la diathèse, l'auteur termine ce travail en signalant l'intérêt qui s'attache à cette étude et l'importance que semble avoir la fluxion congestive dans l'évolution du processus tuberculeux du poumon. OZENNE.

VIII. — L'anévrisme occupait à droite la troisième branche de bifurcation de l'artère pulmonaire, et présentait les dimensions d'un œuf; il remplissait la cavité pulmonaire, et se continuait directement avec la branche artérielle ; la surface de la poche, lisse et régulière, se séparait aisément de la paroi de l'excavation, et n'adhérait au poumon qu'au point même où l'anévrisme se continuait avec la branche artérielle ; une petite perforation en soupape existait au bout opposé à l'artère. Une section pratiquée sur le grand axe mit à jour une masse compacte à parois épaisses, et creusée d'une petite cavité ; les parois étaient constituées de deux couches adhérentes ; à l'intérieur et en continuité avec les tuniques artérielles une sorte de membrane interne d'un blanc jaunâtre rappelant l'aspect d'un vaisseau ; à l'extérieur des couches concentriques de caillots les uns décolorés, et fibrineux, les autres violacés et cruoriques, à peu près aussi anciens à la périphérie qu'au centre. L'examen histologique montra que la couche interne était constituée par les tuniques artérielles modifiées; autour du sac les caillots avaient formé la masse volumineuse.

Il est probable qu'une rupture peu considérable de l'anévrisme s'étant produite le sang s'est épanché autour de la tumeur, et que la reproduction successive des hémorragies a formé des couches concentriques de caillots.

IX. — X..., âgé de 32 ans, entre à l'hôpital présentant des lésions très nettes de tuberculose pulmonaire et une cachexie très accusée ; aucune douleur dans les membres; pas d'œdème autour des malléoles. Un matin le malade se lève et tombe soudainement mort.

Autopsie. Infiltration de tout le poumon droit et du lobe supérieur du poumon gauche dont le lobe inférieur, à peine atteint, pouvait seul servir à la respiration. La branche artérielle qui se rend à ce lobe est complètement oblitérée par des caillots grisâtres fermes, homogènes, à cassure feuilletée; le premier occupe la partie initiale de cette branche; le second est à cheval sur l'éperon qui divise la première bifurcation de ce tronc artériel; chacune de ces branches secondaires contient un caillot de même aspect, aucun de ces quatre caillots n'a contracté d'adhérence avec les parois artérielles, qui sont intactes.

Les veines des membres inférieurs à gauche sont saines; il en est de même à droite, sauf dans le segment qui s'étend de la veine crurale profonde à l'arcade crurale. Là il existe un caillot, long de 4 centimètres, qui a pris naissance dans un nid valvulaire, et dont l'extrémité supérieure offre une cassure irrégulière; il rampe le long de la paroi avec laquelle il a contracté des adhérences intimes et qui est dépolie à ce niveau. Deux autres valvules situées l'une au même niveau, l'autre quelques centimètres plus haut, contiennent chacune un petit caillot oviforme.

L'auteur, après avoir discuté les opinions émises par divers médecins sur la thrombose pulmonaire chez les phtisiques, affirme: 1° que les cachectiques tuberculeux peuvent présenter dans certains points du système veineux, dans la crurale en particulier, des thromboses marastiques, bien avant que se montrent les deux signes principaux de ce qu'on appelle la phlegmatia alba dolens des cachectiques, à savoir l'œdème et la douleur;

2° Qu'une mort imprévue et soudaine peut chez ces malades être la conséquence d'embolies pulmonaires;

3° Qu'il faut rechercher avec soin dans tous les points du système veineux périphérique l'origine des caillots anciens trouvés dans l'artère pulmonaire, et ayant pu amener une mort plus ou moins subite, la thrombose pulmonaire en pareil cas, si tant est qu'elle existe, étant plus que douteuse. H. L.

X. — Il ressort de ces recherches, basées sur l'analyse de 16 observations, que l'albuminurie se montre d'ordinaire à la 3e période de la phtisie. Elle a pour conséquence d'abaisser notablement la température des malades, tout en maintenant les caractères de la courbe thermique fébrile habituelle à cette phase de l'affection.

La lésion rénale la plus fréquente chez les phtisiques est la dégénérescence lardacée ou amyloïde de l'organe: puis vient ensuite la stéatose, le gros rein blanc, et enfin le rein granuleux qui paraît être une coïncidence assez rare (8 0/0, tandis que 37 0/0 de rein amyloïde). L'auteur rattache à l'influence de l'anémie l'abaissement de la température des malades.

Le pronostic de l'albuminurie chez les phtisiques de l'hôpital est fort grave: aucun d'eux ne vécut plus de trois mois. En ville, il est moins sérieux, et la maladie a pu se prolonger pendant plusieurs années sans que la complication rénale parut hâter la mort. H. R.

XI. — Senator admet qu'à l'état sain l'homme adulte excrète par les urines de 0,20 à 0,35 centigrammes de chaux. Chez les phtisiques on obtient souvent des chiffres plus élevés, jusqu'à 0,50. D'autres fois la moyenne, plus basse d'une manière absolue, est relativement plus élevée qu'à l'état normal, étant donnée la consomption des malades.

Il est difficile d'expliquer cette élimination anormale des sels calcaires

elle est probablement due à une irritation de la moelle osseuse, qui elle-même reconnaîtrait pour cause la cachexie, l'amaigrissement et l'appauvrissement du sang. L. D.-B.

XII. — Fernet rapporte quatre observations de tuberculose péritonéale à type subaïgu, intermédiaire entre la forme chronique classique et la forme aiguë. Dans tous ces cas la séreuse pleurale a été touchée, mais 3 fois sur 4 la péritonite a été la maladie initiale et prédominante, la pleurésie ou les pleurésies n'ont occupé que le second rang. La tuberculose est restée limitée aux séreuses, sans que la porte d'entrée de l'agent infectieux ait pu être déterminée.

La maladie débute lentement par des phénomènes généraux, indices habituels de la tuberculose; plus tard par des signes locaux, douleurs abdominales peu accusées, tympanite, ascite, gâteau péritonéal, point de côté, toux, signes physiques de pleurésie, souvent bilatéraux. L'ascite ne devient jamais assez considérable pour nécessiter une ponction; il n'en est pas de même de l'épanchement pleural qui est en général séro-fibrineux, et peut se produire soudainement avec une extrême rapidité. Il y a en général peu de frottements avant l'apparition comme après la disparition du liquide.

Pendant la durée de la maladie il existe une fièvre modérée à type rémittent.

Après 6 à 8 semaines la maladie rétrocède, tous les symptômes s'amendent; on sent nettement les adhérences péritonéales, et on constate un retrait de la poitrine. Les malades reprennent rapidement leurs forces.

Tout en faisant ses réserves sur la possibilité de généralisation de la tuberculose à l'intestin, aux poumons ou aux méninges, Fernet croit qu'il ne faut pas trop assombrir le pronostic, et que la péritonite et la pleurésie tuberculeuses peuvent guérir.

Il conseille pour le traitement local la teinture d'iode, les vésicatoires, les pointes de feu, la ponction si les épanchements sont trop abondants et surtout insiste sur le traitement général consistant en amers, toniques, préparations arsenicales et suralimentation. H. L.

XIII. — Au milieu de divers prolégomènes anémiques et asthéniques on constate à la base de la matité, des frottements bulliformes et l'existence d'une congestion pulmonaire qui ne va durer que quelques jours; c'est le premier des phénomènes dissociés: puis un épanchement se produit lentement et d'une manière peu homogène, accompagné de pectoriloquie aphone; quant à l'égophonie et au souffle, leur existence simultanée n'est pas constante.

Ce qui est surtout important pour le diagnostic, c'est de constater que ces différents signes ont des relations réciproques anormales, qu'il existe un véritable ectopisme des signes, dont la dissociation vient encore augmenter la valeur diagnostique.

A ces symptômes de la pleurésie succède le développement de la phtisie; l'évolution complète de la maladie peut affecter différentes formes, sur lesquelles M. Renaut appelle l'attention, et qu'il faut nettement distinguer des cas où la pleurésie n'a aucun rôle phtisiogène, mais est simplement une affection satellite. OZENNE.

XIV. — Cette thèse contient cinq observations dans lesquelles des

tuberculeux atteints de pneumothorax guérirent de cette complication considérée ordinairement comme fatale chez tous. On avait observé la disparition graduelle du tintement métallique et du souffle amphorique en même temps que du liquide se formait en grande quantité dans la cavité pleurale. Les signes de l'épanchement gazeux suivaient une marche progressive inverse de celle du liquide pleural; bientôt le liquide lui-même se résorba peu à peu et il finit par disparaître ; à ce moment tout signe de pneumothorax avait disparu. GIRAUDEAU.

Ueber Influenza, par Otto SEIFERT (*Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, n°* 240, 1884).

Dans cette leçon très intéressante et très complète, nous relèverons, comme point nouveau, la présence dans les crachats de nombreux cocci, qu'on ne trouvait pas ailleurs (dans le sang par exemple), et non inoculables aux animaux. Ils étaient très abondants dans le mucus vitreux ou visqueux, et devenaient rares dans les crachats purulents. L'auteur les considère comme spécifiques. R. CALMETTES.

I. — Traité des maladies de l'enfance, tome III, diphtérie, par CADET DE GASSICOURT (*in*-8°, *Paris*, 1884).

II. — La diphtérie considérée principalement au point de vue de ses causes, de sa nature et de son traitement, par X. FRANCOTTE (*In*-8°, 2° *édition. Bruxelles*, 1885).

III. — Diphteria spread by adults par A. JACOBI (*New York med. journ.*, 27 *septembre* 1884).

IV. — Klinische Beobachtungen über Diphterie, par Ludwig STUMPF (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *XXXVI*, *Heft* 1 *et* 2).

V. — Thoughts on the pathological relations and the etiology of diphteria, par Edw. WILLOUGHBY (*Brit. med. journ.*, *p.* 405, *mars* 1884).

VI. — Diphtheria ; mode of transmission and period of incubation, par SALTER (*Brit. med. journ.*, *p.* 1065, *décembre* 1883).

VII. — Étude clinique sur l'inoculabilité de la diphtérie, par F. GUSTIN (*Thèse de Paris*, 1883).

VIII. — Can diphteria be communicated by a bite ? (La diphtérie peut-elle être communiquée par une morsure ?), par George LEFFERTS (*Arch. of laryngology, IV*, *n°* 2).

IX. — Die experimentelle Diphtherie, par Otto HEUBNER (*Leipzig*, 1883).

X. — Épidémie de diphtérie transmise des gallinacés à l'homme, par M. WOLFF (*Berl. klin. Woch.*, 10 *septembre* 1883).

XI. — Erfahrungen ueber Diphteriten, par KLEBS (*Corr. Bl. f. schweiz-Aerzte*, 1er *août* 1883).

XII. — Case of coexistence of diphteria and typhoid fever, par PAGET (*Brit. med. journ.*, *p.* 67, *juillet* 1883).

XIII. — Herdformige Sklerose nach Diphtherie (Un cas de sclérose en plaques consécutive à la diphtérie), par STADTHAGEN (*Arch. f. kinderheilk, V*, *Heft* 1 *et* 2).

XIV. — **Lähmungen nach Diphtheritis (Des paralysies consécutives à la diphtérie), par WIDERHÖFER.** (*Allgemeine Wiener med. Zeit.*, 23 *oct.* 1883).

XV. — **Case of temporary spinal paralysis, par Mac SWINEY** (*Dublin journ. of med. Sc., mai* 1884).

XVI. — **A contribution to the pathology of diphteritic paralysis, par Percy KIDD** (*Med. Chir. Transactions, LXVI, p.* 133).

XVII. — **Ueber diphtheritische Lähmungen, par Alph. GENHART** (*Inaug. Dissert. Zurich,* 1883).

XVIII. — **Ueber die Beziehungen des Kniephœnomen zur Diphterie (Des relations du phénomène du genou avec la diphtérie), par Martin BERNHARDT** (*Arch. f. path. Anat. XCIX, Heft* 3).

XIX. — **Zur klinischen und patholog. Anatomie der diphteritischen Nephritis, par FÜRBRINGER** (*Ibid., XCI, Heft* 3).

XX. — **Zur Kenntniss der Nierenaffectionen bei der Diphterie (Affections des reins dans la diphtérie), par Joseph FISCHL** (*Zeit. f. klin. Med., Bd. VII, p.* 427).

XXI. — **De l'albuminurie diphtéritique, par CADET DE GASSICOURT** (*Rev. mens. des mal. de l'enfance, novembre* 1884).

XXII. — **Ueber Functionstörungen der Augen (Troubles de la vue consécutifs à la diphtérie), par HERSCHEL** (*Berl. klin. Woch.,* 23 *juillet* 1883).

I. — Nous insisterons surtout, dans cette brève analyse du Traité des maladies de l'enfance sur les leçons consacrées à l'étude de la diphtérie. L'auteur est partisan de la doctrine microbienne de la diphtérie. Après avoir exposé la structure de la fausse membrane et les caractères différentiels qui la distinguent des autres productions membraneuses, il donne les résultats obtenus par Talamon, Cornil et d'autres expérimentateurs, et conclut qu'il faut encore rester dans la réserve sur cette importante question.

Dans la symptomatologie, M. Cadet de Gassicourt s'est étendu sur quelques complications peu étudiées jusqu'ici, notamment sur les adénites suppurées. Il s'attache à mettre en lumière l'infection générale, et montre que dans les formes hypertoxiques elle cause quelquefois la mort du malade après la disparition de tous les symptômes locaux.

Conséquent avec les doctrines qu'il professe au sujet de la nature de la diphtérie, M. Cadet de Gassicourt repousse, dans le traitement local de la diphtérie, les méthodes violentes qui ont été préconisées autrefois, et notamment les cautérisations, qui, sans faire cesser l'infection locale, augmentent souvent le gonflement inflammatoire. A l'étude du traitement rationnel de la diphtérie, se rattache un très intéressant chapitre sur la guérison spontanée du croup. L'auteur montre que cette guérison a lieu, d'après ses relevés, dans la proportion de 9 0/0. L'indication qui en résulte est qu'il y a souvent lieu de temporiser dans le traitement du croup et de reculer la trachéotomie autant que possible. Il n'est nullement démontré qu'en opérant de bonne heure les résultats soient beaucoup meilleurs. Mais lorsque la trachéotomie est devenue nécessaire, elle doit toujours être pratiquée. Il n'y a pas de contre-indication absolue et formelle de la trachéotomie. M. Cadet de Gassicourt,

après avoir exposé les principaux procédés opératoires, admet qu'il faut préférer la trachéotomie supérieure, avec ou sans section du cricoïde, à la trachéotomie inférieure, plus habituellement exécutée dans les hôpitaux de Paris.

Dans les leçons sur les croups dits inflammatoires, M. Cadet de Gassicourt combat la théorie de la non-spécificité défendue autrefois par les médecins étrangers. Il admet l'existence d'affections pseudo-membraneuses non diphtéritiques, mais il nie l'existence du prétendu croup inflammatoire simple. Il s'agit évidemment, dans ces cas, de croups peu toxiques, de diphtéries locales, dans lesquelles l'infection de l'organisme est peu accentuée. Mais celle-ci n'en existe pas moins, ainsi que le démontrent trop souvent l'évolution de la maladie et les faits de contagion. La distinction symptomatique de ces deux variétés est vraie, mais la distinction nosologique est fausse.

La diphtérie prolongée est manifestement aussi d'origine infectieuse et non d'origine simplement inflammatoire. Le poison semble avoir subi une atténuation, mais l'étude des origines de la maladie montre bien quelle est sa véritable nature. L'auteur décrit avec soin la diphtérie prolongée dans ses deux localisations, dans le pharynx et dans les voies aériennes : on peut, sans injustice, dire qu'il a faite sienne toute cette partie de l'histoire de la diphtérie, qui a été surtout élucidée par les remarquables observations recueillies dans son service.

Nous ne ferons que signaler, en terminant, les recherches originales de M. Cadet de Gassicourt sur les complications de la diphtérie, et notamment sur l'albuminurie et la paralysie. A propos de cette dernière, dont il fait remarquer la gravité assez fréquente, il convient de mentionner spécialement la description des accidents cardio-pulmonaires.

F. BALZER.

II. — L'auteur n'a pas entendu étudier, dans ce volume, toutes les questions afférentes à la diphtérie, et s'est borné, comme l'indique le titre, à l'étiologie, la nature et le traitement ; passant en revue toutes les discussions, soumettant à une critique judicieuse les opinions diverses émises sur tel ou tel point. M. Francotte se contente le plus souvent d'exposer les divergences qui séparent les anatomo-pathologistes et les cliniciens, sans prendre parti pour les uns ou les autres.

Je résumerai brièvement les recherches qui lui sont personnelles.

A propos de la dissolution des fausses membranes par diverses substances, M. Francotte a essayé un grand nombre de réactifs, et il a constaté que les plus actifs sont le benzoate de soude, l'eau de chaux, le chlorate de soude. Il n'admet pas la différence que l'école allemande a tenté d'établir entre la membrane croupale et la membrane diphtéritique. Entre les fausses membranes, dit-il, qui se détachent facilement sans laisser d'ulcérations, sans provoquer d'hémorragies, et celles qui pénètrent la substance même de la muqueuse, qui font corps avec elle, il n'existe qu'une différence de degré.

La diphtérie se présente sous trois formes : simple, bénigne ; forme infectieuse ; forme toxique d'emblée, maligne. Il faut y ajouter deux variétés : la diphtérie fruste et la diphtérie chronique.

Peut-on conclure à la gravité de telle ou telle forme d'après le cycle thermique ? L'auteur ne le croit pas. La marche de la température n'a

rien de typique dans la diphtérie ; l'élévation et la marche progressivement ascendante comportent des pronostics fâcheux, mais la fièvre n'a rien de caractéristique. De même pour l'albuminurie, qui peut se rencontrer dans des formes légères, presque apyrétiques, et faire défaut dans les formes graves.

Dans le chapitre Étiologie, l'auteur étudie longuement la question de la contagion directe et indirecte et de l'inoculation ; il a fait, sur ce point, diverses expériences qui n'ont rien de plus concluant que les observations du même genre faites par d'autres auteurs. Notons, à ce propos, qu'il rejette l'idée de faire de la pourriture d'hôpital une forme spéciale de l'infection diphtéritique. Les épidémies de ces deux affections sont distinctes, indépendantes, et l'on doit, d'après lui, considérer la diphtérie et la gangrène nosocomiale comme deux entités morbides différentes.

Le traitement forme un chapitre étendu ; voici les moyens que conseille l'auteur. Badigeonnages ou irrigations d'eau de chaux ; administrer à l'intérieur le chlorate de potasse. A moins que les phénomènes inflammatoires et douloureux soient tout à fait insignifiants, donner la glace à l'intérieur et appliquer autour du cou une cravate de glace ou les tubes de Leiter. (Voy. *R. S. M.*, XIV, 727.) Lorsque les signes de putridité sont manifestes, faire usage des antiseptiques, acide phénique, acide salicylique, etc. Combattre l'infection générale par les toniques alcooliques. L'auteur n'est pas partisan des cautérisations locales. A. C.

III. — Jacobi déclare, dans ce petit mémoire, qu'à son avis la spontanéité n'existe pas plus pour la diphtérie que pour la scarlatine ou le choléra, par exemple. La contagion est toujours la cause du mal, sans qu'il y ait de rapport entre la gravité du premier cas et celle des cas transmis. L'amygdalite folliculaire est le plus souvent de nature diphtéritique. Elle peut, chez l'adulte, être assez bénigne pour ne pas entraîner le repos à la chambre, et, de plus, par sa longue durée ou ses récidives, augmenter de beaucoup les chances de propagation de la maladie. Il y a, en un mot, presque autant de diphtéritiques levés que couchés, dehors qu'à la chambre. A. CHAUFFARD.

IV. — Voici les conclusions de ce travail : la diphtérie du pharynx, du nez, du vagin, de la conjonctive, en un mot de toutes les muqueuses directement accessibles à l'air, est une maladie purement locale.

Cette infection, localisée au début, peut ultérieurement amener une infection générale de l'organisme.

La maladie étant une lésion locale, le traitement doit être surtout aussi un traitement local. Il est donc conforme aux données scientifiques actuelles de combattre les foyers premiers de la maladie.

Les principes de la méthode de Lister sont, en conséquence, applicables à ce traitement local. On pourra y joindre des inhalations.

Contre l'infection générale nous n'avons pas de moyen thérapeutique. Le spécifique de l'infection diphtérique n'est pas encore trouvé. A. M.

V. — Travail intéressant, en ce que l'auteur rejette complètement la dualité du croup inflammatoire et du croup infectieux, si longtemps admise en Angleterre. Il revient complètement aux idées d'unité professées par Bretonneau et l'école française.

Cliniquement, il admet que l'inflammation exsudative est d'abord

banale, et que c'est l'altération secondaire de la fausse membrane qui crée l'infection : assertion assurément discutable.

Les accès de suffocation, d'après lui, ne seraient pas le résultat du spasme pharyngé ni laryngé, mais d'un état paralytique des muscles du larynx : c'est là encore une affirmation qui heurte les idées admises en France.

Certaines amygdalites et angines d'apparence inflammatoire, non couenneuses, seraient susceptibles de se transmettre par contagion sur la forme pseudomembraneuse : fait intéressant qui aurait besoin d'être démontré d'une façon plus précise.

Enfin l'auteur incrimine, au sujet de l'origine du contage, les émanations des égouts et des matières en décomposition.

VI. — Voici un fait d'une précision remarquable :

Dans une ferme isolée, éloignée de plus d'un mille de toute habitation, vivait une famille composée du père, de la mère, de deux garçons, d'une fille et d'un jeune enfant, plus trois servantes.

Le 24 octobre, l'auteur est appelé pour voir l'aîné des garçons, qu'il trouve atteint d'angine diphtéritique. Le lendemain, le second fils est atteint ainsi que le père; le surlendemain, c'est le tour de la femme de chambre. Le 27 et le 30, la cuisinière et l'autre servante sont frappées successivement. Tous guérirent après des péripéties diverses.

Le vendredi de la semaine précédente, juste *cinq jours* avant l'éclosion du premier cas (et trois jours avant les manifestations prodomiques initiales), une femme d'un village voisin était venue apporter du linge dans cette maison. Elle avait précisément alors chez elle deux enfants malades, l'un d'une bronchite capillaire à laquelle il succomba, et qui était de nature diphtéritique; l'autre, d'une diphtérie angineuse parfaitement caractérisée. Il n'y avait aucun autre cas dans le pays. L'enfant qui avait succombé était allé quelques jours auparavant dans une ville éloignée, où régnait une épidémie de croup.

Il ressort de ce fait que l'infection avait dû être apportée soit par la femme, qui avait été en contact avec les enfants malades, soit par son linge qu'elle avait laissé dans la maison, elle-même n'étant pas souffrante. Cinq personnes furent contaminées de ce fait. Il est remarquable que ni la mère, ni la petite-fille, ni l'enfant à la mamelle ne furent atteints par la contagion.

H. R.

VII. — Cette thèse contient une analyse assez détaillée des recherches récentes sur la diphtérie ; nous ne trouvons à signaler que l'observation personnelle relatée par l'auteur.

En faisant l'autopsie d'une malade morte de diphtérie, M. Gustin se fit une piqûre légère du doigt; la lésion était si insignifiante, qu'il ne prit aucune précaution. Le lendemain, traînées de lymphangite, ulcération de la petite plaie, qui se couvre de pseudo-membranes au sixième jour. Quelques jours avant cet accident, le malade était affecté de laryngite, qui le rendait aphone. Au huitième jour, la plaie étant en voie d'amélioration, les phénomènes de sécheresse de la gorge, de douleur dans le pharynx et le larynx s'accentuent. On constate, au laryngoscope, de petites plaques blanchâtres sur l'épiglotte et les cordes vocales. Le lendemain il ne pouvait exister aucun doute sur la nature diphtéritique de la lésion ; en outre, les urines examinées contenaient un peu d'albumine. Les jours suivants, le malade rejetait des fausses membranes, et il fallut un traitement énergique pour triompher de cette complication, qui retint le malade au lit une quinzaine de jours.

M. Gustin attribue cet accident à une inoculation de la diphtérie à la suite de la piqûre. On pourrait aussi bien, étant donnés les troubles laryngés anté-

rieurs, les rapporter à une simple contagion ordinaire par les germes de l'air ambiant.

VIII. — L'auteur donne, sous réserves, le récit de sa propre observation, comme un document à l'appui de la contagiosité de la diphtérie par inoculation directe.

Appelé auprès d'un enfant au dernier degré de l'empoisonnement diphtéritique, pour pratiquer la trachéotomie, l'auteur cherche à examiner la gorge et, en portant le doigt dans le pharynx, est mordu par l'enfant. L'état pressant d'asphyxie lui fait négliger tout soin personnel. Il pratique la trachéotomie, retire avec le doigt des fausses membranes, une fois la trachée ouverte ; l'enfant meurt quarante-huit heures plus tard.

Le jour suivant, le doigt et la main étaient douloureux, gonflés ; des traînées de lymphangite s'étendaient le long du bras et il y avait un peu d'adénite axillaire. Frissons, température à 102 Fahr. Le matin du troisième jour, mal de gorge et, dans la soirée, on trouve des plaques diphtéritiques sur les deux amygdales. Le lendemain, les plaques étaient plus étendues ; les ganglions sous-maxillaires tuméfiés, la fièvre très forte, le pouls faible. Sous l'influence d'un traitement approprié, le mal céda bientôt. A. C.

IX. — Heubner a essayé de déterminer chez les animaux une affection ressemblant à la diphtérie humaine. On sait que Weigert (*R. S. M.*, XI, 480) a tenté déjà de résoudre le problème au moyen de cautérisations de la muqueuse trachéale. Mais à part le fait que les pseudo-membranes ainsi obtenues diffèrent à certains égards des exsudats diphtéritiques, le processus diphtéritique chez l'homme n'offre rien d'analogue à une cautérisation.

Heubner s'est donc appliqué à expérimenter dans des conditions plus rapprochées des processus humains.

L'organe qui lui a semblé le plus favorable à l'expérimentation est la vessie, et le meilleur procédé lui a paru être la ligature du col vésical.

Chez les animaux soumis à cette opération, il a toujours trouvé une même lésion de la muqueuse, une mortification par coagulation, variable seulement d'étendue, selon la durée plus ou moins longue de la ligature.

Quand la durée de la ligature est très courte, on note une forte injection vasculaire avec œdème de la muqueuse et fonte de l'épithélium ; la muqueuse vésicale est soulevée par places et déjà mortifiée.

Une ligature plus prolongée ne fait qu'exagérer ces phénomènes. On note la formation d'épais bourrelets de muqueuse dans l'intervalle desquels se voient de petites plaques jaune pâle.

Si la ligature est laissée encore plus longtemps, ces plaques se généralisent à presque toute la muqueuse, puis envahissent les couches sous-jacentes, y compris la séreuse.

D'après Heubner il s'agit là d'un mélange intime de mortification épithéliale et d'exsudation inflammatoire vasculaire.

Heubner pense qu'on peut se figurer un processus analogue chez l'homme. Par suite d'un spasme prolongé ou d'une compression mécanique des vaisseaux, il se produirait un état permanent d'anémie semblable à celui qu'entraîne la ligature du col vésical. Cette anémie a pour conséquences les mêmes troubles nutritifs : 1° mortification des épithéliums ; 2° exsudation des vaisseaux.

La cause immédiate de ces troubles nutritifs de la diphtérie reste seule inconnue. En tout cas, il ne s'agit point de microorganismes, car Heubner

ne les a jamais trouvés que sur les tissus morts et non sur les tissus vivants.

Malheureusement Heubner a échoué dans ses tentatives pour inoculer sa diphtérie vésicale expérimentale.

X.— Voici les faits observés par Seebec, à Messelhausen, à une époque où il n'y avait aucun cas de diphtérie dans la localité.

En septembre 1881, un établissement d'incubation reçut des environs de Vérone 2,600 poules dont quelques-unes avaient la diphtérie; 1,400 d'entre elles périrent successivement de la même affection.

L'été suivant, l'incubation d'œufs de provenances variées produisit 1,000 poulets qui, au bout de six semaines, furent atteints par la même épidémie qui finit par les faire tous périr.

Les 5 chats de l'établissement succombèrent à la même maladie. Le perroquet, qui en fut également atteint, guérit.

Mais dès novembre 1881, la diphtérie s'était étendue parmi les employés de la façon suivante :

Un coq italien diphtéritique mordit le gardien qui lui badigeonnait le gosier avec de l'acide phénique sur le dos du pied et au poignet gauche.

Cet homme fut pris d'une fièvre violente, de gonflement énorme autour des plaies, de lymphangite et d'adénite axillaire et inguinale du côté atteint; il eut de la diphtérie de ses plaies qui guérit très lentement.

Mais ce ne fut pas tout : les deux tiers des journaliers qui soignaient les volatiles eurent une angine diphtéritique. L'un d'eux, en outre, transmit la maladie à ses trois enfants.

XI. — Parmi les formes graves de la diphtérie endémique, il faut distinguer deux maladies entièrement différentes non seulement par leur évolution, mais par la nature des organismes végétaux qu'elles présentent et qui permettent d'admettre une diphtérie microsporine et une diphtérie bacillaire.

La forme microsporine qui sévit de préférence dans l'Europe orientale (Russie, Bohême, peut-être aussi Hongrie et Styrie) se caractérise d'une part par l'extension relativement faible de l'exsudat sur les amygdales et le pharynx et par sa propagation encore plus rare au larynx ; d'autre part par l'apparition précoce de phénomènes graves, notamment du côté du système nerveux; ces symptômes généraux qui sont les plus saillants peuvent entraîner la mort en quelques jours, malgré l'insignifiance de l'angine.

Or, dans cette forme on trouve un schizophyte que Klebs a désigné sous le nom de microsporon diphteriticum. Il constitue tantôt des amas brunâtres de micrococques dans les couches de fibrine, tantôt des bâtonnets placés perpendiculairement à la surface de ces couches.

Dans les gaines vasculaires du cerveau et de la moelle on voit en abondance les mêmes bâtonnets dans les points où siègent des hémorragies, c'est-à-dire sur la pie-mère et la substance corticale. C'est par cette lésion qu'on peut expliquer les phénomènes cérébraux graves et les paralysies dans les cas qui guérissent.

La diphtérie bacillaire s'observe en nombre surtout dans l'Europe occidentale et se localise essentiellement aux muqueuses ; c'est elle qui donne lieu au croup. La fièvre est modérée et ne dure habituellement qu'autant que les fausses membranes continuent à s'étendre. Les récidives et les complications septiques graves sont fréquentes; au contraire les phénomènes nerveux manquent ou ne surviennent que tardivement. En

revanche, l'albuminurie est précoce. La mort résulte soit de la gêne mécanique apportée à la respiration, soit d'accidents septicémiques ou de complications viscérales.

Dans cette forme on rencontre constamment des bacilles extrêmement petits qui se groupent d'abord dans l'épithélium des muqueuses. La seconde altération morbide est une dilatation vasculaire énorme qui semble amener une stagnation du sang dans les vaisseaux dilatés. Puis survient l'exsudation de fibrine qui amène le soulèvement de l'épithélium rempli de bacilles.

Jusqu'ici on n'a pas constaté la présence de ces organismes dans les viscères, bien que, comme le poumon, le rein, le myocarde et les nerfs périphériques ils soient le siège de processus interstitiels. Aussi est-il possible que ces processus secondaires soient l'effet d'une substance chimique irritante fournie par les microorganismes qui pullulent à la surface des muqueuses. D'autre part, il se peut que de nouvelles méthodes de recherches permettent de constater la présence de ces organismes dans les voies circulatoires elles-mêmes.

Le violet gentiane et le bleu de méthylène qui colorent d'une façon superbe les productions parasitaires de la surface n'ont donné sous ce rapport que des résultats négatifs.

Ces bacilles atteignent à peine la dimension de ceux qu'on rencontre dans la tuberculose; habituellement ils contiennent deux spores qui occupent les extrémités du bâtonnet; par la dessiccation, les spores se multiplient jusqu'à doubler ou tripler de nombre.

Les hémorragies sont assez communes dans les poumons, la muqueuse stomacale et le tissu cellulaire sous-cutané. Sur les coupes des poumons elles forment des taches rouge foncé irrégulièrement délimitées.

Il s'y joint des hépatisations rouges interstitielles qui siègent surtout aux bases et ne dépendent pas d'une extension des fausses membranes aux bronches. Ces pneumonies vasculaires, comme les appelle l'auteur, se résolvent lentement.

Les hémorragies du tissu cellulaire sous-cutané s'observent sur les membres et sont visibles de l'extérieur sous forme de taches d'un bleu passé dont le diamètre dépasse rarement un centimètre.

Dans l'estomac, où elles sont plus rares, elles se présentent sous forme de nombreux petits extravasats arrondis de la muqueuse.

Dans les complications septiques qui entraînent la mort le plus souvent par collapsus rapide on observe dans l'urine à côté de l'albumine une grande quantité de microcoques qui ont été décrits dans le sang des diphtéritiques par Hüter et Tommin sous le nom de monades. J. B.

XII. — Ce cas est curieux, en ce que la diphtérie et la fièvre typhoïde coïncidèrent manifestement chez la même personne.

Les signes locaux de la diphtérie disparurent momentanément pendant six jours, puis se montrèrent de nouveau en résistant pendant plus de 13 jours consécutifs. Un avortement survint à la traverse qui mit en danger les jours de la malade : elle finit par guérir de cette double affection. H. R.

XIII. — Stadthagen rapporte l'observation d'un jeune garçon qui, à l'âge de 4 ans, avait été atteint d'une angine dipthéritique avec paralysie consécutive du voile du palais. Depuis lors, la voix avait consevé un timbre na-

sillard. Quelque temps après la guérison de l'angine, les parents remarquèrent que la démarche de l'enfant était empreinte d'une certaine maladresse; plus tard, on reconnut que l'enfant traînait manifestement la jambe en marchant. Cette parésie du membre inférieur gauche fit des progrès. Beaucoup plus tard, quand l'enfant eût atteint l'âge de 9 ans, le bras droit était également frappé de parésie, avec tremblement à l'occasion des mouvements intentionnels. Enfin, six mois avant la publication du fait, l'enfant, examiné pour la première fois par M. Stadthagen, présentait de la parésie motrice du côté droit et des muscles innervés par la branche inférieure du facial. Il avait de la salivation continue, qu'exagérait la moindre émotion. Parole traînante, mais non scandée; l'émission des labiales était gênée, comme dans les cas de paralysie bulbaire. Pas de nystagmus, pas de diplopie. La démarche ressemblait à celle des sujets affectés de tabès spasmodique. Tremblement des jambes après la marche. Toute tentative d'imprimer des mouvements passifs au pied ou à la jambe se heurte à une résistance occasionnée par la contracture des muscles antagonistes, surtout à gauche. Quand le malade relève les membres supérieurs, il ne peut dépasser la ligne horizontale; ses bras sont agités de mouvements saccadés spasmodiques. Les mouvements passifs imprimés aux membres supérieurs ne rencontrent de la résistance que quand les bras sont en abduction. Pas d'atrophie, pas de troubles de la sensibilité.

L'auteur voit dans ce fait un exemple de sclérose en plaques consécutives à la diphtérie.

XIV. — Widerhöfer insiste sur ce que les paralysies ne se développent pas toujours pendant la convalescence de la diphtérie, mais dans le cours même de cette affection. D'autre part, les paralysies graves du voile du palais peuvent se développer à la suite d'angines diphtéritiques bénignes, comme l'auteur en cite deux exemples empruntés à son observation personnelle. Quant au mécanisme de ces paralysies, il y a aujourd'hui des raisons positives de croire qu'elles sont la conséquence de troubles de la nutrition des centres nerveux, occasionnés par une action directe du virus diphtéritique. Leur pronostic offre quelquefois une grande gravité, lorsque la paralysie frappe des organes dont l'intégrité fonctionnelle est indispensable à l'entretien de la vie. C'est ainsi que Widerhofer a vu deux malades succomber par le fait d'une paralysie post-diphtéritique des muscles de la respiration.

Le dénouement fatal peut aussi reconnaître pour cause une paralysie des muscles du larynx, qui livre accès aux matières alimentaires dans les voies respiratoires; d'où pneumonie par pénétration des corps étrangers. Souvent aussi la mort est due à une paralysie cardiaque, qui peut elle-même être occasionnée par une dégénérescence aiguë du cœur, ou, comme Widerhöfer en a observé un exemple, par une paralysie du nerf vague, le cœur conservant son intégrité structurale. A propos du traitement des paralysies consécutives à la diphtérie, Widerhöfer recommande de n'user qu'avec beaucoup de prudence des injections sous-cutanées de strychnine, surtout chez les enfants. E. RICKLIN.

XV. — Enfant de 6 ans, bien constitué. Pas d'autres antécédents morbides qu'une coqueluche et des amygdalites. En janvier 1884, il se plaint de torticolis et d'incertitude de la marche. Bientôt ses membres deviennent faibles

et se paralysent graduellement, aussi bien les bras que les jambes. Il se tient à peine debout, ne peut porter sa main à sa bouche. Toute la surface cutanée est hyperesthésique. Pas de troubles vésicaux ni de désordres viscéraux, ni d'albuminurie.

Vers le milieu de février, la paralysie est générale et complète : l'enfant ne peut plus se tenir debout ni manger seul. La paralysie motrice est absolue, et cependant la contractilité électrique est conservée. Cet état de choses persiste environ huit jours. Après quoi, le mouvement reparaît lentement dans les membres inférieurs d'abord, puis dans les membres supérieurs. A partir de la fin de février, amélioration rapide et guérison dans les premiers jours de mars.

La nature de cette paralysie est restée obscure. On avait songé à la myélite aiguë de Landry : il est plus probable qu'on a eu affaire à ces troubles spinaux diffus comme on en constate après certaines maladies aiguës comme la diphtérie. L'auteur discute l'influence possible de l'amygdalite et de la coqueluche antérieures, ainsi que celle de la dentition (l'enfant commençait à travailler ses dents de 7 ans. Il insiste sur le bon effet que produisit l'incision de la gencive sur la marche de l'affection.

Au cours de la discussion qui suivit ce fait, plusieurs membres admirent la possibilité d'une paralysie réflexe : Nixon regarda le cas comme un exemple de paralysie diphtéritique, l'amygdalite du mois de décembre s'étant accompagnée de quelques points blancs sur la gorge. Cette interprétation semble la plus plausible. H. R.

XVI. — Le point intéressant de cette communication est l'examen microscopique de la moelle d'un enfant mort de paralysie diphtéritique.

Deux ordres de lésions sont rencontrées dans cette autopsie : 1° une injection des petits vaisseaux qui sont gorgés de sang et distendus par des amas de leucocytes ; 2° des modifications intéressant les cornes antérieures de la moelle. Les cellules nerveuses sont partiellement atrophiées, quelques-unes ont perdu leur noyau, beaucoup sont granuleuses et graisseuses, la plupart n'ont plus leurs prolongements ramifiés. Nulle part l'auteur n'a vu d'hypertrophie ni de gonflement des cellules motrices. La névroglie paraît normale. Les lésions siègent surtout à la région cervicale et dorsale de la moelle ; la région lombaire est relativement saine, ainsi que le bulbe et la protubérance. Les noyaux du plancher du 4e ventricule sont normaux d'apparence. En somme, il s'agit d'une poliomyélite antérieure diffuse, ce qui confirme les recherches de Déjerine sur ce sujet. H. R.

XVII. — Sur 259 enfants admis pour diphtérie, de 1874 à 1882, on a compté 24 paralysies.

L'époque du début de cette complication a oscillé du 4e au 69e jour de la maladie. La moyenne donne le 23e ou 24e jour.

Tandis que la diphtérie atteint à peu près aussi fréquemment les deux sexes, les paralysies sont deux fois plus communes chez les filles.

En général, la paralysie initiale est celle du voile palatin, qui est le plus souvent bilatérale.

Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les troubles visuels portant sur l'accommodation ou sur la locomotion. Les troubles d'accommodation sont de beaucoup les plus ordinaires. En effet, Horner, sur 90 cas de parésies de l'accommodation a vu 24 diphtéritiques, tandis qu'il n'en a trouvé que 3 sur 451 cas de paralysies des muscles de l'œil.

Dans un peu moins de la moitié des cas de troubles oculaires, on a noté un affaiblissement de l'acuité visuelle.

Une seule fois les nerfs optiques n'étaient pas normaux.

On a rencontré également un exemple d'astigmatisme léger.

Presque chez tous les malades, il existait une hypermétropie considérable, parfois inégale pour les deux yeux.

Le traitement principal a consisté en toniques et en usage de verres convexes.

Les paralysies des membres sont ordinairement opiniâtres et compliquées de troubles de la coordination ; leur développement est graduel. Chez la majorité des enfants, les deux membres étaient affectés.

Un seul malade a offert des troubles de la sensibilité.

Un autre a eu une atrophie des deltoïdes.

On constate toujours un affaiblissement des réflexes tendineux, de la contractilité faradique et parfois même de la galvanique.

La paralysie du larynx est aussi commune que celle des membres.

4 enfants ont eu une paralysie faciale qui chez 2 était double.

2 ont eu une paralysie des hypoglosses et des muscles du pharynx.

1 autre a présenté une paralysie des muscles abdominaux,

Chez une fillette, la paralysie unilatérale des muscles dorsaux entraîne une cypho-scoliose.

1 fois il y a eu paralysie vésicale et 1 fois paralysie de sphincter anal.

3 petits malades ont eu des vomissements.

Chez 7, l'albuminurie est venue se joindre aux paralysies.

La durée de la paralysie a varié de 3 à 82 jours, soit 31 jours en moyenne.

Toutes les paralysies ont fini par guérir. J. B.

XVIII. — L'auteur a, dans 21 cas de diphtérie, recherché le phénomène du genou, dans 7 cas le réflexe a persisté des deux côtés, dans un cas il existait à gauche et manquait à droite.

Étudiant 12 observations publiées en Allemagne, par divers auteurs, il note une diminution des réflexes dans 11 cas. Il en tire les conclusions suivantes :

1° Dans un très grand nombre de cas d'origine diphtérique le réflexe patellaire diminue quelques semaines après la maladie ;

2° On peut observer cette diminution même à la suite d'une diphtérie légère, ayant donné lieu à des troubles nerveux consécutifs eux-mêmes très légers ;

3° Quand les réflexes diminuent (de la 5ᵉ à la 8ᵉ semaine après la diphtérie) on ne peut pas affirmer que plus tard ils ne pourront diminuer encore. D'autre part, les réflexes étant revenus à l'état normal à la 3ᵉ ou 4ᵉ semaine, mais le malade présentant des troubles nerveux, il se peut que l'état des réflexes reste normal ;

4° La diminution des réflexes commence en général d'un côté et quand ils réapparaissent le réflexe est également plus marqué d'un côté que de l'autre ;

5° Les réflexes ayant diminué peuvent revenir à l'état normal pendant 5 ou 6 mois, puis diminuer à ce moment une seconde fois, sans qu'il y ait aucun trouble nerveux ;

6° Comme six mois après la diphtérie on peut considérer l'individu

comme revenu à l'état sain, cette disparition des réflexes à ce moment est intéressante au point de vue de l'étude des réflexes à l'état sain ;

7° Comme la diminution des réflexes peut se produire très tard, l'auteur ne peut affirmer qu'il y ait des cas où cette diminution n'a pas lieu ;

8° Il n'y a aucune relation entre les réflexes tendineux et les réflexes cutanés ;

9° Pour pouvoir affirmer la diminution des réflexes il faut s'assurer que le triceps fémoral est en bon état, qu'il répond aux excitations électriques et qu'il n'est pas atrophié. L'auteur rapporte à ce sujet une courte observation de paralysie atrophique, chez un enfant de 7 ans, à la suite d'une diphtérie.

A la suite de la diphtérie comme à la suite de diverses maladies infectieuses, on peut observer des phénomènes ataxiques et la disparition du réflexe rotulien. Bernhardt se demande s'il y a une relation entre ces deux complications. Il pense que la co-existence est possible, mais que chacune de ces complications peut se produire séparément. Il se demande ensuite si l'on peut attribuer, comme dans le tabès, la diminution du réflexe à une lésion des parties grises de la moelle ou des racines rachidiennes. Ne pouvant se baser sur l'anatomie pathologique, il se contente d'arguments tirés de la clinique, et ne croit pas qu'on puisse admettre une lésion médullaire chez un sujet qui n'a pas d'autre manifestation nerveuse que cette diminution du réflexe rotulien, diminution elle-même transitoire et pouvant survenir à un moment où la santé est complètement rétablie. P. GALLOIS.

XIX. — L'auteur a étudié les reins de dix malades qui avaient succombé à des cas graves de diphtérie.

Pendant la vie on avait observé de la diminution de la quantité des urines. Le poids spécifique était abaissé : 1010 à 1020. Jamais l'urine n'a été hémorragique. L'albuminurie s'est montrée surtout dans les cas graves. Elle a pu s'élever de 1,8 à 2 0/0. On trouvait dans l'urine, au microscope : 1° des cylindres hyalins, granuleux, cireux, granulo-graisseux ; 2° des éléments épithéliaux libres, troubles, gonflés, à noyau peu apparent ; 3° des globules blancs assez nombreux ; 4° des globules rouges ; 5° des noyaux adipeux (une seule fois) ; 6° des masses hyalines ; 7° des cellules épithéliales des voies d'excrétion de l'urine ; 8° des urates amorphes, de l'acide urique et des cristaux d'oxalate de chaux.

Fürbringer a recherché avec soin s'il existait dans l'urine des organismes inférieurs ; ils ont toujours manqué quand les recherches ont porté sur des urines fraîchement recueillies. Cela l'amène à douter que les particules qui s'étaient colorées par la méthode de Kannenberg étaient réellement des micrococcus ; le violet de méthyle colorerait donc non seulement les micrococcus, mais aussi les granulations protéiques.

Voici, en résumé, l'état anatomique des reins. Ils étaient macroscopiquement sains ; leur substance corticale étaient anémiée. L'épithélium des tubes urinifères du labyrinthe était atteint de dégénérescence parenchymateuse, à peu près comme dans « la forme abortive du rein fébrile. »

D'autres fois encore, les coupes de la substance corticale étaient troubles, pâles. La dégénérescence était plus prononcée, étendue aux glo-

mérules. On commençait à apercevoir des lésions interstitielles. Les canaux médullaires étaient atteints çà et là d'inflammation catarrhale, il n'y avait pas de lésions médullaires.

D'autres, enfin, étaient gros, jaunes, comme dans les formes hémorragiques de la scarlatine. La dégénérescence graisseuse du parenchyme était plus marquée et les lésions du stroma conjonctif beaucoup plus évidentes. A. MATHIEU.

XX. — Le travail de Fischl sur les affections rénales d'origine diphtérique comprend deux parties, l'une clinique, l'autre anatomique.

A. Recherches cliniques. — L'albuminurie n'est pas, dans la diphtérie, aussi fréquente qu'on l'a écrit, elle n'a aucun rapport avec la gravité de la maladie. Quand elle existe, on trouve dans l'urine : 1° des cellules épithéliales provenant du rein ; 2° des globules rouges du sang qui ont le plus souvent abandonné leur hémoglobine ; 3° des cellules provenant des voies urinaires ; 4° des leucocytes ; 5° des cylindres, mais non constamment. Malgré des recherches réitérées l'auteur n'a jamais pu constater la présence de microbes dans les urines fraîches.

L'auteur rapporte ensuite, à titre d'exception, deux faits de diphtérie dans lesquels on observa tous les symptômes du mal de Bright, notamment l'hydropisie qui, dans le cas particulier, est très rare.

B. Recherches anatomiques. — La tunique adventice des artères est épaisse, l'endothélium est tuméfié et desquamé. Les veines et les capillaires présentent souvent à leur périphérie de petits amas de leucocytes. L'endothélium des glomérules est tuméfié et ces glomérules peuvent être transformés en une masse hyaline pauvre en noyaux.

Le stroma est plus ou moins infiltré de cellules lymphoïdes.

Dans les canalicules on trouve les cellules épithéliales tuméfiées, un peu graisseuse ; on y rencontre aussi des globules blancs et rouges, mais jamais de microbes.

L'auteur conclut en disant que la néphrite de la diphtérie n'est pas seulement parenchymateuse, mais aussi interstitielle. M. DEBOVE.

XXI. — La statistique dressée par l'auteur comprend 85 cas de diphtérie de forme et de gravité variées : angines, croups, forme simple, forme infectieuse, etc. Sur ces 85 cas, il y a eu 73 cas d'albuminurie.

Ces 85 cas se divisent en quatre groupes : 1° absence d'albuminurie ; 2° cas dans lesquels il y a un nuage d'albumine ; 3° cas dans lesquels il existe une quantité notable (de 0,25 à 1 gramme) ; 4° cas dans lesquels l'albumine est abondante (de 1 à 15 grammes). Cette dernière dose n'a été constatée que chez un seul malade.

Sur ces 85 malades, on compte 35 guérisons, 50 morts dont 10 chez des malades non albuminuriques.

L'albuminurie n'a pas, en effet, d'une façon générale, grande valeur pronostique ; chez les 29 malades n'ayant qu'un nuage d'albumine, on compte 7 morts ; sur 19, avec quantité notable d'albuminurie, 11 morts ; sur 16, avec albuminurie considérable, 13 morts. Mais à doses élevées, la présence de l'albumine implique un pronostic fâcheux. A. C.

XXII. — A la suite de la diphtérie, il est des cas où les verres sont impuissants contre l'amblyopie, qui paraît tenir à une certaine parésie de la rétine. Sur 13 cas de troubles de l'accommodation, Herschel en a noté 6 associés à une lésion de ce genre.

En rentrant à l'école, les convalescents de diphtérie s'aperçoivent, quand ils veulent lire, que tout est confus devant leurs yeux, ils ont des papillotages, la tête chaude et des battements dans le front. Maîtres et parents n'ajoutent pas foi à leurs plaintes, parce que leurs yeux semblent sains. L'examen ophtalmoscopique est également négatif.

L'asthénopie va croissant et il survient un rétrécissement concentrique du champ visuel. Les signes de l'hyperesthésie rétinienne font défaut. Les troubles de l'accommodation ne sont pas des plus intenses.

Il n'est d'ailleurs pas besoin d'instituer un traitement spécial contre cette torpeur rétinienne, et elle disparaît spontanément en 3 ou 4 semaines. On fait seulement la médication symptomatique des troubles concomitants de l'accommodation et l'auteur rappelle à ce propos qu'en cas d'inefficacité de l'ésérine, il faut recourir à son antagoniste, à l'atropine.

J. B.

Variations horaires diurnes et nocturnes de la température dans la pneumonie, par J. HENRY (*Thèse de Nancy*, 1884).

L'auteur a enregistré toutes les deux heures, nuit et jour la température axillaire chez des malades atteints de pneumonie et il a poursuivi ses investigations pendant le cours et la convalescence de cette affection. Il a réuni de la sorte 9 observations dont l'étude comparative lui a permis de formuler quelques considérations sur la courbe thermoscopique réelle de cette maladie.

La température peut présenter pendant toute la durée de la pneumonie des oscillations quotidiennes qui affectent soit le type intermittent, soit le type très rémittent, soit enfin le type rémittent. La durée de ces oscillations varierait suivant que la maladie doit se terminer par la mort ou par la guérison; dans le premier cas les oscillations relativement faibles se succèdent à des intervalles courts et irréguliers; dans le second cas, les oscillations plus amples sont périodiques, quotidiennes. Ces indications thermiques semblent donc entraîner avec elles une réelle valeur pronostique.

Dans l'espace de 24 heures, les rémissions se font des heures moyennes de la journée aux heures moyennes de la nuit, et les exacerbations suivent la marche inverse. Les maxima se trouvent ainsi en général entre 10 heures du matin et 2 heures du soir et les minima entre 10 heures du soir et 2 heures du matin.

La marche de la température envisagée pendant tout le cours de la pneumonie se divise en trois périodes : une période d'augment pendant laquelle le niveau supérieur des oscillations s'élève de jour en jour, une période d'état caractérisée par la succession de plusieurs oscillations atteignant une hauteur à peu près égale, et enfin une période de défervescence. Cette dernière se fait suivant 2 modes, le premier traînant consiste dans la diminution progressive des maxima. Dans ce cas, on constate entre la fin des rémissions et le commencement des exacerbations un intervalle de repos augmentant de jour en jour pendant lequel la température reste stationnaire ou s'élève moins rapidement. Le second mode de défervescence est rapide, il se caractérise par un écart brusque entre 2 maxima consécutifs, en deux oscillations, la défervescence est accomplie.

P. PARISOT.

Note sur un cas d'épanchement chyliforme du péritoine, par M. LETULLE (*Revue de médecine, septembre* 1884).

Enfant de 8 ans, atteint d'une affection mitrale d'origine rhumatismale, arrivée rapidement à l'asystolie. Lors de son entrée à l'hôpital on constate la présence d'un foie énorme, d'une ascite très prononcée et d'un hydrothorax double. L'anasarque était également très accentué. Une ponction de l'abdomen pratiquée à l'aide de l'appareil Potain donna issue à deux litres de liquide lactescent. L'enfant mourut néanmoins quelques jours après, l'autopsie ne put être faite.

L'auteur profite de cette circonstance pour passer en revue les théories qui ont été proposées pour expliquer la production des épanchements chyliformes des séreuses. En ce qui concerne le péritoine, il croit que tous les cas d'ascite chyliforme, connus jusqu'à ce jour et suivis d'examen cadavérique, sont des cas de péritonite chronique tuberculeuse, cancéreuse ou simplement néo-membraneuse. L'existence des lésions inflammatoires chroniques représente, d'après lui, l'un des éléments les plus constants de la genèse des péritonites et des pleurésies avec épanchement chyliforme. Il croit enfin que la régression granulo-graisseuse des produits inflammatoires épanchés (fibrine et leucocytes) suffit, peut-être, pour composer la totalité de la graisse émulsionnée, en suspens dans la sérosité pleurale ou péritonéale. C. GIRAUDEAU.

De la parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures ou paréso-analgésie des extrémités supérieures, par MORVAN (*Gaz. hebdom., n°* 35, 36 *et* 38, 1883).

Sous le nom de parésie analgésique à panaris, l'auteur décrit une affection nouvelle dont il a observé 7 cas. Cette affection siège sur les extrémités thoraciques. Elle est d'abord localisée à un des membres dont elle occupe les deux segments inférieurs, avant-bras et main ; au bout de quelques années elle gagne le membre supérieur de l'autre côté ; dans un cas seulement, après avoir occupé successivement les deux membres thoraciques, elle a fini par envahir l'un des membres pelviens. Le début est marqué par des douleurs névralgiques, procédant par crises, assez violentes parfois pour troubler le sommeil. Bornée souvent à l'avant-bras et à la main, les douleurs commencent quelquefois aux bras et irradient jusqu'aux doigts. A la manifestation névralgique s'ajoute rapidement une parésie avec affaiblissement de la contractilité faradique des muscles de l'avant-bras et de la main ; cette paralysie aboutit à l'atrophie. Enfin, fait qui le premier appelle l'attention de Morvan, il existe dans tous les cas, une analgésie complète des parties affectées, à ce point que les incisions pratiquées aux doigts ne provoquent pas la moindre douleur. L'analgésie est habituellement, mais non toujours accompagnée d'anesthésie,

Ces sortes de mains, atteintes tout ensemble de parésie et d'analgésie sont sujettes, par intervalles éloignés à des panaris avec nécrose d'une ou de plusieurs phalanges. Ces panaris se développent habituellement avec la première atteinte de l'affection dans chaque membre. Ils sont multiples, et atteignent successivement tous ou presque tous les doigts, mais jamais le même doigt n'est atteint deux fois de panaris. Ces panaris sont le

plus souvent indolents, ou bien, si, exceptionnellement ils sont douloureux pendant les premiers jours de leur évolution, leur incision et l'extraction de la phalange nécrosée ne provoquent pas la moindre douleur. Les membres frappés de parésie analgésique sont le siège d'un gonflement notable, surtout en hiver ; on y constate également divers troubles trophiques, tels que gerçures permanentes, phlyctènes avec exulcération, déformation des ongles. Enfin, les extrémités malades sont froides, et cet abaissement de température est pénible pour le patient.

La marche de la maladie est essentiellement progressive. Elle procède par étapes, se confinant pendant plusieurs années dans un seul membre thoracique. Celle des douleurs névralgiques, celle de la parésie analgésique, enfin celle des panaris successifs. Le plus souvent l'affection gagne l'autre membre supérieur et elle procède de la même façon. Jamais elle ne guérit, mais elle dure très longtemps et n'amène pas la mort.

L'étiologie est encore des plus obscures. Quant à la nature, on ne peut qu'invoquer un trouble ou une lésion de tous les nerfs d'une extrémité, probablement de cette portion de l'axe médullaire qui préside à l'innervation des extrémités thoraciques. Des différences essentielles séparent la parésie analgésique à panaris de la gangrène symétrique des extrémités de la sclérodactylie, du panaris nerveux de Quinquaud.

P. MERKLEN.

Myxœdème et béribéri, ou hydroparésie névrovasculaire, par Bazile FÉRIS (*Gaz. hebd., n.* 23, 1883).

L'auteur cherche à démontrer l'identité du béribéri et du myxœdème, celui-ci pouvant être considéré comme un béribéri nostras. Les deux affections ont pour symptômes principaux un œdème plus ou moins étendu et l'affaiblissement de la motilité ; l'œdème et les troubles nerveux présentent dans les deux cas les mêmes particularités ; de même encore pour les caractères plus accessoires.

Le béribéri, pas plus que le myxœdème, ne s'observe au-dessous de 15 ans, mais le premier paraît plus fréquent chez l'homme, le second chez la femme. D'ailleurs les causes essentielles des deux affections résident dans l'humidité et les variations brusques de température. Aussi l'influence curative des changements de lieu leur est-elle commune. Enfin la pathogénie proposée par l'auteur pour le béribéri s'applique aussi bien au myxœdème ; les variations météorologiques, en faisant contracter les vaisseaux cutanés détermineraient une hyperémie avec œdème de la moelle, d'où la parésie, mais, à cette excitation des vaso-moteurs périphériques succéderait l'épuisement, d'où l'œdème. P. MERKLEN.

Observation d'anévrisme de l'aorte abdominale, par P. DIDION (*Rev. méd. de l'Est,* n° 11, 1883).

Il s'agit d'une tumeur, mesurant 45 centimètres de long, pesant plusieurs kilos, et s'étendant de l'origine du tronc cœliaque, jusque dans la cuisse, au-dessous de l'arcade crurale. La marche fut si rapide qu'un espace de neuf mois à peine s'écoula entre les premiers phénomènes et la mort, et que quatre mois suffirent à l'anévrisme pour atteindre ces énormes dimensions.

Cette tumeur, bien que sa nature eût été reconnue au début, donna lieu par la suite à deux erreurs de diagnostic. — « Au 1er juillet apparaît au-dessous de l'arcade crurale gauche, comme si elle était contenue dans la gaine du psoas, une tumeur molle, fluctuante, indolente, sans altération de la peau, et communiquant avec une autre tumeur de même nature, que l'on sent profondément dans la fosse iliaque. La cuisse tend à prendre une position fléchie sur le bassin ; l'état général s'aggrave, le malade devient pâle et maigre; malgré l'absence complète de douleur ou de déformation de la colonne vertébrale, on songe à un abcès par congestion. — « La tumeur supérieure augmente; le bord des fausses côtes est relevé; la paroi abdominale elle-même est animée de soulèvements rythmiques, la cachexie arrive, et est attribuée à un néoplasme (ostéo-sarcome pulsatile du bassin.) »

L'étiologie de cet anévrisme est des plus obscures; le point de départ semble avoir été le ramollissement d'une plaque athéromateuse. C. Z.

GYNÉCOLOGIE.

Vicariirende Menstruation und Menstrual-Exantheme, par HEITZMANN (*Wien. med. Jahrbücher, Heft* 1, *p.* 9, 1884).

Les hémorragies supplémentaires des règles peuvent se faire dans les parenchymes ou à la surface des muqueuses; elles peuvent avoir lieu également dans le tissu cellulaire sous-cutané. Voici d'abord deux exemples d'une pareille déviation du flux menstruel :

1° Une servante de 16 ans affirme qu'elle n'a jamais été réglée, mais que tous les mois (depuis quatre mois) elle a du gonflement des extrémités avec des douleurs à la région ovarienne, et de plus des éruptions cutanées. Jamais de rhumatisme articulaire.

On voit sur tout le membre inférieur et sur l'avant-bras des taches violacées ou bleues, larges comme des pois ou comme des noisettes, isolées ou confluentes, persistant sous la pression du doigt. Elles résultent manifestement d'hémorragies du tissu cellulaire sous-cutané.Comme l'éruption se compose de plusieurs poussées, on trouve à côté des taches récentes des macules brunes ou verdâtres. Il n'existe pas de lésion viscérale appréciable. La fille est vierge, elle a l'utérus peu développé ; les ovaires paraissent tuméfiés. Pas d'hémorragie extra-génitale.

Au bout de quatre jours l'œdème et les douleurs disparaissent; les sugillations cessent.

Pendant un mois, rien d'anormal. Au bout de ce temps (22 février 1882), nouvelle éruption analogue à la précédente.

Au mois de mars survient un léger catarrhe du col : on le traite au moyen de la canule de Bandl qui détermine un peu d'écoulement sanglant. Le 22 mars, menstrues normales pour la première fois. A partir de cette époque, la jeune fille est guérie : les manifestations cutanées font place à l'écoulement physiologique.

2° Fille de 21 ans, n'ayant jamais eu ses règles; depuis six mois elle a périodiquement des accidents analogues à ceux de la précédente observation : œdème des extrémités, pétéchies; en même temps un malaise qui la force

à garder le lit pendant deux jours. Même traitement et même succès thérapeutique que dans le premier cas.

Les deux observations qui suivent sont des exemples d'érythème menstruel :

1° Fille de 20 ans, jamais réglée. Depuis quatre mois les règles sont remplacées par une éruption qui envahit d'abord le visage, puis la nuque, la poitrine et le dos, et s'accompagne de malaise et de fièvre pendant plusieurs jours. Depuis quatre mois aussi les mamelles ont acquis un certain développement.

L'auteur décrit l'éruption : c'est d'abord une hypérémie cutanée analogue à l'érythème, déterminant un prurit désagréable. La malade se grattant d'une façon très active, l'éruption revêt l'aspect de l'eczéma, mais sans vésicules apparentes; les plaques se recouvrent parfois de légères squames.

L'auteur a vu plusieurs fois de suite cet érythème menstruel chez sa patiente ; elle a l'utérus infantile.

2° Fille de 19 ans, réglée depuis l'âge de 16 ans, mais d'une façon très inégale. Les menstrues sont parfois remplacées par des taches érythémateuses aux avant-bras, au visage et au tronc. L'utérus est petit. La malade désirant se marier, est soumise à divers traitements qui échouent; l'auteur lui fait alors des applications caloriques locales au moyen de son appareil (Wärmeregulator) et réussit à rétablir les fonctions physiologiques.

L. GALLIARD.

Some remarks on the value of permanganate of potassium in amenorrhœa, par Edmund J. DOERING (*Chicago gyn. Soc.*, 20 *mars* 1885).

1° Le permanganate de potasse, à la dose de 2 à 4 grains, est un emménagogue efficace, à la condition d'être administré au moins pendant une quinzaine;

2° L'administration de doses suffisantes pour obtenir ces effets détermine des douleurs assez vives qui empêchent souvent de prolonger la médication ;

3° Comme mode d'administration, l'auteur recommande les capsules de permanganate données dans l'intervalle des repas et suivies de l'ingestion d'un peu d'eau minérale (voy. *R. S. M.*, XXV, 223). A. C.

Zur Kenntniss der hysterischen Phantomgeschwülste (Contribution à l'étude des fausses tumeurs chez les hystériques), par G. KRUKENBERG (*Archiv für Gynækologie, Band XXIII, Heft* 1, 1884).

Le développement de l'abdomen que l'on observe chez les hystériques et qui simule une tumeur volumineuse serait dû d'après l'auteur à un état particulier d'accommodation des muscles de la colonne vertébrale. Cet état d'accommodation produit une lordose permanente de la colonne vertébrale, et la tuméfaction de l'abdomen est la conséquence de cette lordose, qui produit une augmentation notable de la pression intra-abdominale. H. DE BRINON.

Plattenepithel im Uterus (Psoriasis Uterina), par A. ZELLER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band XI, p.* 176).

Dans toute espèce d'endométrite chronique, des couches plus ou moins nombreuses d'épithélium pavimenteux peuvent se former aux dépens de

l'épithélium cylindrique qui tapisse la muqueuse du corps et celle du col. On retrouve dans cet épithélium pavimenteux, comme dans l'épithélium du vagin et dans l'épiderme, une couche profonde à cellules cylindriques, une couche intermédiaire avec des formes de transition et une couche superficielle dépourvue de noyaux et susceptible de subir la transformation cornée. Tels sont les faits que l'auteur a constatés dans une série de 66 observations, dont 3 autopsies. Le raclage fréquemment employé à la clinique de Halle, soit dans un but diagnostique, soit dans un but thérapeutique, a fourni à l'auteur la plupart des matériaux de ses recherches. Des précautions minutieuses étaient prises par lui pour éviter le mélange des produits de la cavité utérine avec les sécrétions vaginales. Il s'agissait, dans tous les cas, de ces catarrhes utérins chroniques qui sont si souvent la suite de la métrite chronique, des déviations utérines ou de la vaginite.

Les principales altérations constatées dans le tissu de la muqueuse du corps sont les suivantes :

Les glandes sont le plus souvent modifiées dans leur forme, mais elles ont à peu près conservé leur longueur.

Dans le tissu interglandulaire, on trouve constamment une infiltration de petites cellules rondes.

Les cellules épithéliales présentent les formes les plus variées : passant de la forme cylindrique à la forme pavimenteuse, telle qu'on l'observe dans le vagin ou sur la muqueuse de la langue.

L'auteur n'a jamais rencontré de cils vibratils.

En général, on trouve au-dessus des cellules cylindriques de grandes cellules claires, succulentes, se rapprochant de la forme cubique, puis des cellules aplaties, rondes ou polyédriques, et enfin, de très grandes cellules très pâles, tout à fait aplaties, rondes ou polygonales, présentant souvent des plis et des bords irréguliers. Le protoplasma de ces cellules est tendre et légèrement granuleux, surtout au voisinage du noyau. Les plus grandes de ces cellules atteignent 0,097 de longueur sur 0,054 de largeur. Quelques-unes sont sans noyaux et renferment des granulations graisseuses, ou ressemblent aux cellules cornées de l'épiderme. Tandis que les cellules cylindriques se présentent presque toujours groupées sous forme de palissades, les cellules polymorphes sont presque toutes isolées, et les cellules pavimenteuses sont groupées par couches faciles à distinguer lorsqu'elles se présentent par le bord, ou disposées en mosaïque lorsqu'elles se présentent de face. Les cellules cylindriques sont généralement plus volumineuses que sur la muqueuse normale, et l'augmentation de volume porte plutôt sur la longueur que sur l'épaisseur. Toutes les fois que des injections d'iode ont été faites, on trouve, les jours suivants, une plus grande quantité d'épithélium pavimenteux.

Les glandes sont hypertrophiées. L'épithélium glandulaire conserve la forme cylindrique ou cubique ; mais on trouve au-dessus de l'épithélium cylindrique, et surtout au voisinage de l'orifice des glandes, des cellules de transition qui remplissent plus ou moins la cavité de la glande et sont accompagnées, dans quelques cas d'épithélium pavimenteux.

Un caractère constant de cette hypertrophie de la muqueuse est la présence de saillies ou villosités visibles seulement au microscope. Ces saillies sont formées à leur centre de cellules courtes et à la périphérie de

cellules plus volumineuses : elles sont limitées par de grandes cellules, non complètement plates, mais se rapprochant de la forme plate.

La muqueuse du col présente souvent les mêmes modifications que celles du corps : souvent aussi, elle conserve ses caractères normaux.

Dans 5 cas, l'auteur a observé une véritable transformation cornée de l'épithélium pavimenteux superficiel et une exfoliation spontanée de larges membranes formées de cellules cornées. Par l'addition d'une solution alcoolique d'acide picrique, ces cellules présentent la coloration jaune de coin foncé caractéristique; et l'addition d'une lessive de potasse fait apparaître un grand noyau gonflé, sphérique. Sur certaines coupes, l'auteur a obtenu par le traitement au picro-carmin la réaction caractéristique de l'éléidine (Ranvier); apparition de gouttelettes rouges sphériques dans la zone immédiatement sous-jacente à la couche épithéliale dépourvue de noyaux. H. DE BRINON.

Ueber Hydrocele muliebris, par HENNIG (*Archiv für Gynækologie, Band XXV, Heft* 1).

L'auteur a réuni 41 cas d'hydrocèle chez la femme, y compris 2 cas personnels. 8 fois la lésion siégeait à droite, 6 fois à gauche ; 2 fois elle était bilatérale. 5 fois le contenu était sanguin, dans quelques cas il était constitué par du sang pur, coagulé ou non.

25 fois sur 40, l'hydrocèle était complète, c'est-à-dire remplissait le canal inguinal. 3 fois seulement on a pu constater d'une manière certaine que la poche liquide était complètement indépendante de la cavité abdominale. Dans deux cas elle était formée par le canal de Nuck, et dans le troisième cas elle enveloppait le ligament rond. Dans plusieurs cas, les kystes étaient cloisonnés.

L'opération de l'hydrocèle chez la femme a été faite 33 fois : deux fois il y avait une anse d'intestin grêle. Dans un des deux cas observés par l'auteur, on put constater, après l'ablation du kyste du ligament rond, la présence d'une anse d'intestin dans le canal ; et l'opérée fut obligée de porter un bandage herniaire.

La tumeur est indolente à son début, elle grossit lentement, en suivant la direction du pli inguinal. La fièvre est rare, à moins qu'il survienne de l'inflammation. L'inflammation peut se développer spontanément sous la seule influence d'une tension exagérée. La peau s'amincit souvent jusqu'à permettre la transparence. L'hydrocèle peut donner lieu à des accidents d'étranglement, même en l'absence de viscères.

Le diagnostic entre la hernie et l'hydrocèle est toujours très difficile. Dans le cas d'inflammation de l'hydrocèle, la présence de vomissements sans rétention des matières fécales exclut l'hypothèse d'une hernie. On a observé dans plusieurs cas le développement de gaz putrides dans l'hydrocèle sans que ces gaz pénètrent dans la cavité abdominale.

La guérison complète a été obtenue 23 fois par l'opération ; 7 fois la guérison a été incomplète, 5 fois notamment il y a eu récidive : 2 cas de mort, dont un en dehors de toute opération par péritonite (Pitha), et l'autre par phlegmon consécutif à l'opération (Chassaignac). Dans le cas d'hydrocèle complète, le traitement consiste dans la réduction et l'appli-

cation d'un bandage jusqu'à oblitération du canal. La simple ponction a suffi dans deux cas d'hydropisie du canal de Nuck ; l'injection de teinture d'iode a réussi dans 4 cas ; dans un 5e cas il fallut exciser le sac.

H. DE BRINON.

Die Bildungsfehler des Hymens (Les anomalies de développement de l'hymen), par R. DOHRN (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band XI, Heft* 1).

La forme normale de l'hymen est la forme annulaire, avec prédominance de la partie postérieure et rapprochement de l'orifice hyménal vers l'orifice urétral (variété semi-lunaire ou falciforme). Il est rare que l'orifice occupe exactement le centre de la membrane (hymen circulaire).

L'auteur admet huit variétés anormales :

1° L'hymen denticulatus, à contour dentelé ; fréquent ;

2° L'hymen fimbriatus, à bords frangés ;

3° L'hymen infundibuliforme, à bords relevés en haut, n'est pas rare chez le nouveau-né, mais se trouve aussi chez l'adulte ;

4° L'hymen hypertrophicus, rare (2 cas) ; l'hypertrophie est partielle et s'observe plutôt dans la partie antérieure ;

5° L'hymen multiplex, caractérisé par l'existence au-dessus de l'hymen d'une deuxième membrane pareille ;

6° L'hymen septus ou bifenestratus ; l'orifice est partagé en deux par une cloison, le plus souvent verticale ;

7° L'hymen columnatus ; la cloison se prolonge au-dessus de l'hymen dans le vagin ;

8° L'hymen cribriformis ; au lieu d'un seul orifice il y en a plusieurs petits.

L'absence d'hymen est très rare ; elle a été observée par Roze, Toulmouche, Tolberg, etc.

Le déplacement de l'hymen vers le haut du vagin a été observé par Krimer.

Les anomalies de consistance de l'hymen sont très variables ; depuis la toile d'araignée jusqu'à la consistance cartilagineuse et osseuse

La persistance de l'hymen pendant la grossesse a été observée assez fréquemment. Tolberg a décrit un hymen qui était resté intact après l'expulsion d'un fœtus de 6 mois.

L'atrésie de l'hymen est, de toutes les anomalies, celle qui a attiré le plus l'attention. Elle exige souvent l'intervention médicale.

Six planches, dont deux coloriées, sont annexées à ce mémoire.

H. DE BRINON.

Ueber die Massage in der Gynækologie, par PROCHOWNICK (*Archiv für Gynækologie. Band XXV, Heft* 1).

L'auteur a employé le massage dans une série de 102 cas d'affections gynécologiques. 16 malades n'ont pas persévéré. Les 86 autres se partagent ainsi :

5 néoplasmes : 2 se sont rompus sans accident et n'ont pas récidivé ; 1 autre a augmenté et a dû être enlevé ; 2 fibromes sous-muqueux n'ont pas été modifiés.

13 cas d'abaissement et de prolapsus utérin. Résultat négatif.

10 cas d'involution défectueuse ou de métrite : 4 guérisons, 5 améliorations.

18 exsudats, dont 5 hématocèles : 8 guérisons, 3 améliorations, 3 cas peu améliorés, 3 cas aggravés.

40 cas d'exsudats cicatriciels ou de rétractions fibreuses cicatricielles. 24 guérisons, 10 améliorations.

Le massage est contre-indiqué, d'après l'auteur, dans toutes les affections aiguës ou subaiguës, accompagnées de fièvre. Il ne peut être appliqué aux exsudats que 2 ou 3 mois après la disparition de toute fièvre ; aux hématocèles, 6 à 8 semaines après leur apparition. La grossesse, la phtisie, la blennorragie latente sont des contre-indications, mais pas absolues.

Baumgärtner recommande l'application de la gymnastique suédoise à la gynécologie.

Kütsner dit que, dans les affections qui ont été fébriles à une période quelconque de leur évolution, le massage ne doit être employé qu'avec le contrôle du thermomètre. H. DE BRINON.

I. — Beitrag zur Lehre von der Behandlung der Inversio Uteri, par SCHÜLEIN (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band X, Heft* 2).

II. — Inversion complète de l'utérus, par POLAILLON (*Bulletin Soc. chir.*, *p.* 647, 1884).

I. — Jeune femme de 26 ans. L'inversion était consécutive à un 3e accouchement ; les hémorragies qui se répétaient tous les 15 jours, avaient jeté la malade dans un état d'anémie et de faiblesse extrême. Pendant 8 semaines, l'auteur fit des tentatives inutiles pour réduire l'inversion. L'auteur se résolut alors à enlever l'utérus. L'amputation par le vagin, précédée de l'application de solides ligatures sur le col réussit parfaitement, et la malade sortait guérie 21 jours après l'opération.

Dans la discussion consécutive, C. Ruge examine au point de vue anatomique ce que devient la muqueuse de l'utérus en inversion. On a dit qu'elle était le siège d'une prolifération épithéliale, que son épithélium se transformait en épithélium pavimenteux. Il n'en est rien. C. Ruge a examiné la muqueuse de l'utérus enlevé par Shuelein : il a eu l'occasion d'examiner deux autres muqueuses, dont l'inversion était récente, et il a constaté que l'inversion avait pour résultat la destruction de la muqueuse ; l'épithélium et les glandes disparaissent complètement, et le tissu de la muqueuse est remplacé par un tissu de granulations, un véritable tissu cicatriciel. C. Ruge ne nie pas d'ailleurs que lorsque l'inversion s'accompagne de prolapsus, il puisse y avoir production d'épithélium pavimenteux comme l'a affirmé Klob. Que devient la muqueuse après la réinversion ? C. Ruge est convaincu qu'elle peut se régénérer et que la grossesse est encore possible, même après une très longue durée de l'inversion. H. DE BRINON.

II. — Chez une femme de 43 ans, Polaillon trouve un polype volumineux comme les deux poings pendant entre les cuisses, et pénétrant dans le vagin par un pédicule épais de 3 centimètres de diamètre. L'utérus ne pouvant être senti dans l'abdomen, on en conclut qu'il y a inversion et la section du pédicule est immédiatement pratiquée au moyen du thermo-cautère. L'opérateur ne se

dissimulait pas qu'il pouvait ouvrir le cul-de-sac péritonéal, et l'accident se produisit en effet, mais l'application du serre-nœud à crémaillère et à traction élastique de Périer conjura toutes suites fâcheuses. Pas de péritonite ; au 5e jour la malade était en parfait état. L. JULLIEN.

Ueber einen Fall von Perforation der Uteruswandung durch einen Placentarpolypen mit nachfolgender Hæmatocele retrouterina (Un cas de perforation de l'utérus par un polype placentaire avec hématocèle rétro-utérine consécutive), par F.-Wilh. ZAHN (*Arch. f. path. An. u. Phys. Band XCVI, Heft* 1, *p.* 15, 1884).

La malade dont l'auteur rapporte l'observation, avait présenté des symptômes rappelant l'occlusion intestinale à un tel point que l'on pratiqua la laparotomie. Elle mourut peu après l'opération et l'on trouva un polype utérin ayant perforé la paroi de l'organe et déterminé une hémorragie dans la cavité de Douglas.

L'observation présente trois points intéressants : la nature de la tumeur, la perforation, l'hémorragie.

Le polype provenait sans doute d'un fragment de placenta resté dans l'utérus et devenu caverneux. La perforation n'était pas due à la gangrène de la paroi, produite par la pression du polype qui était trop mou pour déterminer cette altération. Il avait dû se produire un travail d'atrophie au contact du polype. L'hémorragie provenait sans doute des tissus veineux contenus dans la tumeur. Le sang d'ailleurs avait, au moment de l'opération, une odeur manifestement putride. Des germes de putréfaction avaient dû pénétrer par la perforation et déterminer cette altération du sang et par suite les accidents observés chez la malade. P. GALLOIS.

Ueber Fibromyome des Uterus, par Carl SCHRŒDER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band XI, Heft* 1, *p.* 140).

Ce mémoire repose sur une série de 822 cas de fibromes utérins recueillis du mois d'avril 1876 au mois de novembre 1883 soit à la policlinique de l'université de Berlin, soit dans la pratique privée du professeur Schrœder.

L'âge des malades est noté 798 fois : l'âge moyen est 38, 97 à la policlinique ; 46, 51 dans la clientèle privée ; d'une manière générale, 40 ans. Les deux plus jeunes malades avaient 19 ans ; les deux plus vieilles 66.

Sur 792 malades, 614, soit 77, 5 0/0, étaient mariées ; 178, soit 28, 4 0/0, ne l'étaient pas.

Sur 604 malades, 400 = 66, 3 0/0 avaient eu des enfants ; 204 = 33, 77 0/0 étaient stériles. La moyenne du nombre des enfants, chez les 400 premières, était de 2, 1 : la moyenne des enfants en Allemagne est de 4, 5 par femme. Ces chiffres confirment l'influence bien connue des fibromes sur la production de la stérilité.

Au point de vue du siège, sur 334 cas où le diagnostic était précis, l'auteur a noté.

		27	fibromes du col 8, 08 0/0
		307	fibromes du corps 91, 9 0/0
106	=	34, 5 0/0	étaient interstitiels,
128	=	41, 69 0/0	sous-séreux,
24	=	7, 8 0/0	sous-muqueux
49	=	15, 96 0/0	se présentaient à l'état de polypes.

Ce sont les fibromes sous-séreux, d'après la statistique de l'auteur, et après eux les fibromes sous-muqueux qui paraissent exercer la plus haute influence sur la production de la stérilité; l'influence des fibromes sous-séreux est en contradiction avec l'opinion généralement admise.

Au point de vue du développement des tumeurs, la comparaison de 18 cas longtemps et minutieusement observés par le professeur Schrœder, conduit l'auteur aux conclusions suivantes: Il faut au moins 3 mois à une tumeur pour qu'on puisse la reconnaître sur le vivant; souvent, au bout d'un an, elle n'a pas encore un volume appréciable. En 5 ans, les fibromes acquièrent le volume d'un poing (26 centimètres de circonférence); en 13 ans, celui d'une tête d'adulte (56 centimètres). Dans l'espace de 9 à 12 mois, la circonférence des tumeurs fibreuses augmente d'environ 10 centimètres c'est-à-dire que, dans cet espace de temps, une tumeur passe du volume d'une pomme à celui du poing; ou du volume du poing à celui d'une tête d'enfant. Dans l'espace de 30 mois, une tumeur a passé du volume d'une noix (8 centimètres) à celui du poing; c'est-à-dire que sa circonférence a augmenté d'environ 18 centimètres. Une augmentation de 20 centimètres (du volume d'une tête d'enfant à celui d'une tête d'adulte), en l'espace de 3 ans, a été notée deux fois. La même augmentation, dans un espace de temps moitié moindre, a été notée une fois. L'auteur reconnaît cependant, que ces chiffres ne peuvent être pris comme une règle générale : le développement des tumeurs fibreuses présente de telles variations qu'il est à peu près impossible d'établir l'âge d'une tumeur par son volume : c'est ce qui ressort d'une seconde série de 111 cas, dans lesquels le volume a été exactement noté, et l'âge calculé d'après la durée de la stérilité. L'auteur admet que, lorsqu'une femme atteinte de fibrome a eu une couche ou une fausse couche, le début de la tumeur remonte à la dernière couche ou fausse couche.

L'auteur termine cette étude par l'exposé des résultats obtenus à l'aide des injections d'ergotine. On a employé l'ergotine dialysée en solution aqueuse au 1/5 puis au 1/3. Les injections sont faites tous les jours, quelquefois tous les deux et trois jours, pendant un temps assez long; plusieurs mois, un an, un an et demi. De 81 femmes qui ont été soumises à ce traitement, deux seulement ont présenté des accidents graves : l'une a présenté la décomposition putride de la tumeur, l'autre, une aphasie passagère. Trois fois, les injections n'ont pu être supportées; dans un cas, à cause d'une sensibilité excessive, dans un autre, à cause de fourmillement des doigts, dans le 3[e], par suite d'apparition de fièvre et de vomissements. Dans aucun cas, la disparition complète de la tumeur n'a été observée. Dans la pratique privée, 37 cas sur 61, soit 60,6 0/0 ont présenté de l'amélioration sous l'influence de la cure par l'ergotine : 24 cas, soit 39,3 0/0 n'ont présenté aucune amélioration. A la policlinique, les résultats sont moins brillants : 7 cas sur 20, soit 35 0/0, améliorés; 13, soit 65 0/0, non modifiés. Les 37 cas améliorés de la pratique privée de Schrœder comprennent :

11 cas (18 0/0) où il n'y a eu que diminution de la tumeur et des phénomènes morbides.

16 cas (26,2 0/0) où il y a eu diminution de la tumeur sans amélioration dans les symptômes.

10 cas (16,4 0/0) où il n'y a eu qu'amélioration des symptômes, sans diminution de la tumeur. Voy. *R. S. M.*, XVIII, p. 146; XIX, p. 589; XXIII, p. 579. H. DE BRINON.

Extraction d'un fibrome interstitiel considérable de l'utérus à travers une incision vaginale : guérison, par E. BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg, mars* 1885).

Il s'agit d'un volumineux fibrome, développé sur une femme de 30 ans, dans l'épaisseur de la paroi postérieure et latérale gauche de l'utérus. Au lieu de pratiquer la laparotomie et l'hystérectomie, l'auteur a incisé le repli postérieur du vagin dans l'étendue de 5 centimètres, et la lèvre postérieure du col en prolongeant l'incision de 2 à 3 centimètres dans la matrice. Le fibrome, bien que nettement visible, mais fortement enclavé dans le bassin, ne peut être extrait d'une seule pièce; il est morcelé, mais avec cette précaution de laisser intacte l'enveloppe fibreuse, qui le circonscrit : celle-ci est ensuite décollée de tous côtés, et le tout, offrant le volume d'un fort placenta, est amené au dehors sans hémorragie, sans autre complication qu'une inversion de la matrice, immédiatement réduite. Suppuration ultérieure sans accidents. Guérison. OZENNE.

Thirteen cases of hysterectomy, with remarks on carbolic acid spray in abdominal surgery, par Thomas KEITH (*Brit. med. journ., p.* 214, *janvier* 1885).

Sur les 13 opérations, 12 guérisons, 1 décès chez une femme qui dès le moment de son opération, tomba dans le collapsus pour ne plus se relever. Malgré ces brillants succès, l'auteur se demande si une mortalité de 8 0/0 justifie l'hystérectomie en cas de fibromes utérins; livrés à eux-mêmes, ils sont loin de donner lieu à une mortalité semblable : il est vrai que souvent ils amènent des accidents incessants et une anémie excessive, et qu'alors les risques d'une opération sont préférables.

Relativement à l'emploi du spray phéniqué, l'auteur avoue y avoir renoncé depuis quelque années, et depuis lors il n'a pas plus de mortalité, peut être même moins, qu'auparavant. Le traitement peut être rigoureusement antiseptique sans que l'atmosphère soit chargée de vapeur phéniquée. Ce sont les doigts du chirurgien qui créent exclusivement le danger, quand ils ne sont pas rigoureusement purifiés. H. R.

Valeur des altérations du rein consécutives aux corps fibreux de l'utérus pour les indications et le pronostic de l'hystérotomie, par POZZI (*Ann. de gyn., juillet* 1884).

Des observations publiées dans le mémoire, découlent les conclusions suivantes :

1° La compression de la vessie et des uretères est une complication fréquente des corps fibreux de l'utérus, même de médiocre volume. Elle peut entraîner des altérations graves des reins (hydronéphrose, kystes, sclérose, dégénérescence graisseuse);

2° Cette compression, lorsquelle agit sur la vessie, est assez facilement reconnue. Il n'en est pas de même lorsqu'elle porte sur les uretères; le plus souvent on ne peut que la soupçonner avant qu'elle ait amené la

lésion des reins et des troubles dans la constitution normale de l'urine (albuminurie).

3° La compression de la vessie et des uretères doit peser d'un grand poids parmi les indications opératoires et peut déterminer à elle seule une intervention hâtive du chirurgien.

4° Dans le cas d'hydronéphrose, l'indication opératoire est particulièrement pressante, en raison du danger qui menace le seul rein demeuré plus ou moins intact. Le traitement de ces cas complexes sera rendu moins grave en divisant l'action opératoire. L'hystérotomie sera d'abord faite, et, après la guérison, on pourra s'attaquer au kyste.

5° Le pronostic de l'hystérotomie est considérablement aggravé lorsque l'analyse des urines aura permis de diagnostiquer une altération rénale. Si celle-ci est très avancée (maladie de Bright confirmée), elle deviendra une contre-indication formelle à l'opération; il n'en sera pas de même d'un très léger degré d'albuminurie. P.

Ueber Peritonealtoilette, par BAUMGARTNER (*Archiv für Gynækologie, Band XXV, Heft* 1).

Pour nettoyer complètement la cavité abdominale à la suite des opérations de laparotomie, l'auteur projette sur les anses intestinales, à l'aide d'un tube de caoutchouc fixé à un récipient, un jet de liquide (solution salicylique au 1/1000 et à 30°) avec une force de 1 m. 50 de hauteur ; et continue ce lavage, jusqu'à ce que l'eau sorte claire de l'abdomen : les viscères sont ensuite essuyés avec des éponges désinfectées. L'auteur emploie ce procédé depuis 1875 et n'en a jamais éprouvé d'inconvénients.

Grœfe et Schatz considèrent ce procédé comme dangereux. Schatz préférerait en tout cas une solution de sel marin. H. DE BRINON

Beiträge zur operativen Gynækologie (Contributions à la gynécologie opératoire), par P. MÜLLER de Berne (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 1).

La castration des femmes, c'est-à-dire l'ablation des ovaires sains ou du moins peu augmentés de volume, n'a pas trouvé grande faveur depuis que Hegar et Battey l'ont pratiquée pour la première fois. L'auteur de ce mémoire reconnaît cependant des avantages sérieux à cette opération qu'il a pratiquée 21 fois. Une seule fois la mort est due à l'opération même, dans les autres cas les résultats obtenus ont été variables.

Six fois l'opération a été pratiquée pour des fibromyomes de l'utérus, quatre fois à cause d'hémorragies abondantes, deux fois moins à cause de l'hémorragie que de violentes douleurs abdominales. Une fois l'opération ne put pas être terminée, dans un autre cas la mort fut due à des accidents de péritonite. Dans les quatre autres cas le flux menstruel disparut complètement.

Onze fois l'opération trouve son indication dans des maladies des ovaires, et les troubles de l'état général des organes voisins qu'elles avaient provoquées (ovarite chronique et dégénérescence kystique des ovaires). L'auteur dit n'avoir pas obtenu dans ces cas les résultats qu'il espérait. Ainsi trois fois il n'y avait lieu d'extirper aucun des ovaires,

une fois un seul d'entre eux. Les sept autres cas n'ont pas fourni non plus des résultats bien brillants. Une des femmes mourut ; dans un autre cas on n'a pas de renseignements sur les suites de l'opération.

Chez les cinq autres femmes la menstruation ne s'établit plus, mais chez deux d'entre elles seulement on put constater un état de santé que l'on pouvait considérer comme une sorte de guérison.

Deux fois l'opération fut pratiquée pour des tumeurs des ovaires assez volumineuses. Ce sont en somme des ovariotomies; deux fois pour des altérations de forme de l'utérus avec dysménorrhée intense. Dans le premier cas, les douleurs disparurent; dans le deuxième elles reparurent au bout de peu de temps quoique un peu moins fortes.

Le manuel opératoire est celui de la laparotomie en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques habituelles. L'opération a plusieurs fois présenté de grandes difficultés d'exécution, elle a même été impossible. Enfin, il faut quelquefois enlever les trompes avec l'ovaire.

EDELMANN.

On one hundred and four abdominal sections performed during 1884, par Thomas SAVAGE (*Brit. med. journ., p.* 217, *janvier* 1885).

Sur cette statistique considérable de 104 cas d'ouverture de l'abdomen pratiquée par un seul chirurgien dans une seule année, nous relevons un point qui nous paraît particulièrement intéressant : c'est le traitement de l'hydropisie de la trompe de Fallope par la laparotomie.

Cette opération a été faite 7 fois : 3 fois pour une hydropisie simple, 4 fois pour une suppuration de la trompe (pyosalpinx). Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° La salpingite suppurée peut être diagnostiquée assez facilement.

2° Elle est le plus souvent consécutive à une blennorragie, à titre de complication tardive.

3° La section de l'abdomen constitue le meilleur traitement de cette affection. Car, si on ne la pratique pas, il se produira une des éventualités suivantes :

a) Rupture fatale de la trompe dans la cavité péritonéale. *b*) Issue du pus par le vagin et fistule interminable. *c*) Réplétion et déplétion alternative des trompes qui se vident mal par l'utérus, et marasme progressif. L'opération guérit le plus ordinairement (1 seul cas de mort, par septicémie, dans la statistique précitée).

H. R.

The operation of shortening round ligaments for remedying uterine displacement, par W. RIVINGTON (*Brit. med. journ., p.* 425, *février* 1885).

Cette note est destinée à une réclamation de priorité au sujet de l'opération d'Alexander, qui consiste à raccourcir les ligaments ronds pour obvier aux rétroflexions utérines. L'auteur rappelle qu'il a eu l'occasion de faire cette démonstration en 1869, et de publier ses recherches opératoires en 1872 dans la *Medic. press. and circ. gazette.* Mais il convient que ces expériences n'ont pas dépassé la table d'amphithéâtre.

H R.

I. — Excision of the uterus by the vaginal methods for cancer, par J. WALLACE (*Brit. med. journ., p.* 1277, *décembre* 1884).

II. — Extirpation of the uterus, par Will. DUNCAN (*Obstetr. Soc. of London; Brit. med. journ., p.* 283, *février* 1885).

— L'auteur commence par insister sur la nécessité absolue d'opérer de bonne heure, avant que les ganglions lymphatiques péri-utérins et lombaires ne soient envahis. De la relation des trois opérations suivies de succès, comparées aux deux suivies d'insuccès qu'il publie, il tire les conclusions suivantes :

1° A la période initiale du cancer de l'utérus, alors que l'organe est encore mobile et peu volumineux, il y a grande utilité à exciser l'utérus : la guérison survient même rapidement.

2° L'opération vaginale doit être préférée aux autres méthodes, la section de l'abdomen accroissant beaucoup les risques, et n'étant pas nécessaire dans les cas où l'opération est indiquée.

3° Lorsque l'utérus est très volumineux (sarcomateux par exemple), ou adhérent aux parties voisines, il n'y a pas lieu d'opérer.

II. — A propos d'un cas malheureux d'ablation d'utérus cancéreux, Duncan discute les avantages et les inconvénients des méthodes abdominale et vaginale. Sur 137 cas d'extirpation par la méthode abdominale, il y eut 38 guérisons et 99 morts, soit 72 0/0 ; sur 296 cas d'ablation par le vagin, il y eut au contraire 197 guérisons et 79 morts, soit 28 0/0. Quant aux détails du traitement consécutif, il ne regarde comme nullement nécessaire de faire la suture profonde du vagin ; non plus que d'y fixer un drain ; mais il insiste sur l'importance d'employer largement l'iodoforme localement, au moins pendant les 10 premiers jours, et d'administrer l'opium.

Relativement aux conditions morbides qui peuvent nécessiter l'opération radicale de l'extirpation de l'utérus, il pose d'abord en principe que jamais il ne faut la pratiquer pour des tumeurs bénignes : seul, le sarcome et le carcinome justifient l'intervention chirurgicale, surtout quand le néoplasme est localisé au corps de l'utérus et à la muqueuse du canal cervical : mais quand l'épithéliome atteint la muqueuse vaginale, l'opération est excessivement grave, le mal récidive presque toujours, et il vaut mieux ne pas opérer. H. R.

OBSTÉTRIQUE.

Ein Beitrag zur Lehre vom Fruchtwasser (Contribution à l'étude du liquide amniotique), par Richard HAIDLEN (*Archiv für Gynækologie*, *Band XXV*, *Heft* 1).

L'auteur a entrepris, à la Maternité de Stuttgard, de nouvelles expériences en vue de jeter quelque lumière sur la question controversée de l'origine du liquide amniotique. Dans une série de 43 cas, il a noté la

longueur et le poids du nouveau-né, le poids du placenta, la longueur du cordon, le nombre des spires de torsion, le nombre des enroulements; la quantité et le poids spécifique du liquide amniotique. Réunissant ces 43 cas à ceux déjà publiés par Fehling (*R. S. M.*, XVI, p. 567), l'auteur obtient une série de 77 cas, à l'aide desquels il a recherché s'il existait des proportions constantes entre les différentes données qui sont entre ses mains. Le résultat de cette comparaison est complètement négatif. Il ne paraît y avoir aucun rapport entre la quantité du liquide amniotique et le poids du fœtus, le poids du placenta, la longueur du cordon, son degré de torsion, le nombre de ses enroulements. Il est à remarquer que le poids spécifique du liquide amniotique ne diminue pas avec sa quantité. Dans un cas d'hydramnios, où la quantité de liquide atteignait 7 litres, le poids spécifique : 1009 dépassait la moyenne 1008,4.

Dans une seconde série d'expériences, l'auteur s'est occupé du passage de l'iodure de potassium dans le liquide amniotique.

Administré à la mère après le début des douleurs, plus ou moins longtemps avant la rupture de la poche des eaux, l'iodure de potassium a presque toujours (10 fois sur 12) été retrouvé dans le liquide amniotique, et toujours dans la première urine du fœtus (12 expériences).

Administré pendant la grossesse, l'iodure ne se retrouve ni dans le liquide ni dans l'urine, toutes les fois que l'administration a cessé plus de cinq jours avant l'accouchement (10 expériences).

Dans un cas où le fœtus était décomposé, l'iodure a été retrouvé dans le liquide amniotique, après avoir été administré une heure et demie avant la rupture de la poche des eaux. Ce cas semble prouver le passage direct du médicament dans le liquide amniotique sans l'intermédiaire du fœtus.

H. DE BRINON.

Ueber Erwärmungsgeräthe für Frühgeborene und schwächliche kleine Kinder (Des procédés employés pour réchauffer les enfants faibles ou nés avant terme), par CREDÉ (*Archiv für Gynækol., Band XXIV, Heft* 1).

Depuis plus de 20 ans on emploie à la Maternité de Leipzig une sorte de baignoire en cuivre à double fond, dans laquelle l'enfant se trouve couché, enveloppé d'épaisses couches de ouate et le visage à découvert. L'eau qui remplit l'intervalle du double fond est à 40° R. = 50° C. On la renouvelle toutes les 4 heures, et la température, à l'intérieur de l'appareil où se trouve l'enfant, ne tombe pas au-dessous de 32° C. L'enfant n'est retiré de l'appareil que pour être mis au bain ou prendre le sein : les soins de propreté et l'alimentation artificielle lui sont donnés dans la baignoire. Tous les enfants dont le poids n'atteint pas 2,500 grammes sont mis dans l'appareil de Credé. On y met aussi les enfants malades ou affaiblis, quel que soit leur poids. La mortalité a été la suivante, de 1866 à 1884, période pendant laquelle l'appareil a été employé sans interruption :

24 enfants de 1000 à 1500 grammes	20 morts	83 0/0
115 enfants de 1501 à 2000 grammes	42 morts	36 0/0
476 enfants de 2001 à 2500 grammes	54 morts	11 0/0
52 enfants de 2501 à 2900 grammes	1 mort	2 0/0

En faisant abstraction des 24 premiers, dont les chances de vie étaient

trop faibles pour entrer en ligne de compte, la mortalité s'élève à 15 0/0, chiffre très favorable : la mortalité des enfants à terme est de 5 0/0 dans le même hôpital.

L'auteur compare avec son appareil les différentes couveuses usitées à Paris et les résultats obtenus. A Paris, en ne mettant dans l'appareil que les enfants au-dessous de 2,000 grammes, la mortalité a été de 38 0/0. L'auteur trouve ce résultat très satisfaisant; il reproche aux couveuses françaises de constituer un appareil compliqué non portatif et de ne pas permettre à l'enfant la respiration directe de l'air frais.

H. DE BRINON.

Ueber puerperale Peptonurie, par FISCHEL (*Soc. des méd. de Vienne*, *17 octobre* 1884).

L'urine des accouchées contient presque constamment des peptones; c'est ce qu'a constaté l'auteur en soumettant à l'analyse chimique, pendant les vingt premiers jours, l'urine de 56 femmes. Voici les règles qu'il formule :

La peptonurie n'apparaît que douze heures après l'accouchement; elle devient fréquente pendant les douze heures qui suivent, presque constante le second et le troisième jour; moins fréquente jusqu'au sixième, elle ne se manifeste plus que dans la moitié des cas du septième au dixième jour. Dès lors il n'y a plus de peptonurie.

Les primipares et les femmes qui n'allaitent pas n'offrent pas à cet égard de prédisposition spéciale, mais chez elles le phénomène paraît durer plus longtemps que chez les autres, peut-être parce que l'utérus se contracte plus lentement.

Quelle est la cause de cette peptonurie ? Elle n'est pas due à l'existence des peptones dans les lochies, car on a noté au contraire l'alternance des deux phénomènes : les peptones apparaissent dans les lochies au jour où ils font défaut dans l'urine. Elle n'est pas causée par l'accumulation de leucocytes dégénérés dans l'utérus de l'accouchée. Il faut donc qu'elle provienne d'une désorganisation spéciale du muscle utérin, comparable à cette dégénérescence graisseuse qu'Heschl a constatée à partir du quatrième jour qui suit l'accouchement. Les matières albuminoïdes du muscle se transformeraient en peptone et ce phénomène contribuerait à l'involution utérine.

Cette hypothèse s'appuie sur l'analyse de l'organe chez les animaux; l'utérus des femelles, en dehors de la puerpérilité, ne contient pas de peptone tandis que l'auteur en trouve chez les chattes, les chiennes, les lapines qui ont récemment mis bas. L'existence des peptones dans le muscle utérin est une conséquence du travail si elles ne se produisent pas quand l'organe est à l'état de repos. L. GALLIARD.

Der Einfluss der Dauer der Geburtspause auf die Geburt der Zweitgeschwaü·gerten (De l'influence qu'exerce sur le deuxième accouchement la durée de l'intervalle qui sépare les deux accouchements), par Ludwig KLEINWÄCHTER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band XI, Heft* 1.)

Ce travail est établi sur une statistique de 397 cas, dans lequel l'intervalle des deux accouchements a varié de 1 à 16 ans. L'auteur les divise

en trois séries : la première série, de 1 à 5 ans d'intervalle, comprend 301 cas ; la deuxième, de 6 à 16 ans, 96 cas ; une troisième série, de 10 à 16 ans comprend 27 cas. Il résulte de cette statistique que, plus l'intervalle des deux accouchements est long, plus sont fréquents les troubles et les maladies de la grossesse ; plus l'accouchement est prolongé, et, par suite, plus sont fréquentes les opérations, les déchirures du périnée et les hémorragies. Avec l'accroissement de l'intervalle entre les deux accouchements, on voit augmenter la fréquence des avortements, la morbidité et la mortalité puerpérales, la fréquence des accouchements gémellaires, et la mortalité des nouveau-nés, soit au moment de l'accouchement, soit dans les huit premiers jours. Il est à remarquer que les enfants sont en moyenne plus lourds et plus longs, lorsque l'intervalle entre les deux accouchements est plus considérable.

Un long intervalle entre les deux accouchements semble diminuer les chances d'hémorragie avant l'accouchement, détermine une diminution extraordinaire dans la quantité du liquide amniotique, diminue la faculté d'allaitement et les inflammations qui résultent du fonctionnement de la glande mammaire. La proportion du nombre de filles avec le nombre de garçons semble augmenter avec la durée de l'intervalle. La fréquence relative des diverses présentations n'est pas modifiée.

Lorsque la durée de l'intervalle est égale ou supérieure à 10 ans, la femme se trouve à peu près en présence des mêmes inconvénients et des mêmes dangers que les primipares âgées. H. DE BRINON.

Ueber einen Fall von Endometritis purulenta in der Schwangerschaft (Endométrite purulente dans la grossesse), par J. DONAT (*Archiv für Gynækologie, Band XXIV, Heft* 3).

Femme à sa 12ᵉ grossesse : hémorragies pendant les premiers mois de la grossesse, simulant les règles. Accouchement avant terme d'un enfant vivant pesant 1,850 grammes et mesurant 42 centimètres. Suites normales : hémorragies après la sortie de l'hôpital.

Le placenta pèse 350 grammes et mesure 14 à 15 centimètres sur 2 à 2 1/2 d'épaisseur. On remarque sur la face utérine du placenta un dépôt mince, dont la teinte jaune se détache nettement de la teinte gris rouge de la caduque sérotine. La face utérine des membranes fœtales ne présente pas de lambeaux. L'amnios et le chorion sont épais, non transparents, et assez solidement unis l'un à l'autre. En les séparant, on trouve entre eux un dépôt purulent. La présence des globules purulents en grand nombre accompagnés de quelques globules rouges est établie par plusieurs préparations microscopiques. Les corpuscules de pus présentent leur volume caractéristique et renferment deux ou plusieurs noyaux : ils sont englobés dans une matière d'aspect fibrineux. A la périphérie du placenta seulement on trouve sur le chorion des débris de la caduque vraie épaissie et visiblement infiltrée de pus. Les préparations conservées dans l'alcool montrent la caduque sérotine envahie de toutes parts par de nombreux corpuscules de pus, faciles à reconnaître à leur petit volume relativement aux grandes cellules de la caduque à gros noyaux, à leur forme arrondie, à la disposition des noyaux. L'infiltration purulente a gagné jusqu'aux villosités. La recherche des gonococcus aboutit à un résultat négatif.

Les causes de cette endométrite seraient, d'après l'auteur, soit la blennorragie, bien qu'on n'ait pu en retrouver les traces au microscope, soit le traumatisme (manœuvres en vue de provoquer l'avortement).

H. DE BRINON.

I. — Untersuchungen über die electrische Reizbarkeit des Uterus bei Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen (Recherches sur l'action de l'électricité sur l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couche), par E. BUMM (*Archiv für Gynækologie, Band XXIV, Heft* 1).

II. — Ueber die Bedeutung der Electricität in der Geburtshülfe und Gynækologie (De la valeur de l'électricité en obstétrique et en gynécologie, et en particulier de la provocation de l'avortement à l'aide du courant continu), par Heinrich BAYER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band* 1, *Heft* 1).

I. — L'auteur a pratiqué ses expériences à la clinique de Wurzbourg. Elles se divisent en trois groupes.

A. Application de l'électricité sur la peau. Les expériences ont été faites sur 10 femmes parvenues aux dernières semaines de la grossesse et sur 40 femmes en couches. L'auteur n'a jamais pu obtenir des contractions comparables en intensité aux contractions moyennes de l'accouchement. Les courants faradiques les plus intenses, lancés dans toutes les directions ne parviennent pas à réveiller l'excitabilité utérine : les parois abdominales seules se contractent. Avec le courant galvanique, et en appliquant le pôle positif sur la colonne vertébrale, le pôle négatif sur l'utérus, on a obtenu deux fois des contractions de faible intensité.

Chez les femmes en couches, l'auteur a constaté :

1° Qu'il existe de très grandes différences individuelles entre les degrés d'excitabilité utérine ;

2° Que les contractions provoquées par l'électricité sont relativement faibles et n'atteignent jamais la force des contractions spontanées de l'accouchement ;

3° Que le courant constant est beaucoup plus efficace que le courant galvanique ;

4° Que l'excitabilité augmente au moment de l'accouchement. Il est arrivé plusieurs fois que le même utérus qui ne répondait pas à l'électricité pendant la grossesse se contractait facilement pendant l'accouchement.

L'emploi de l'électricité comme moyen thérapeutique dans des cas d'anomalie de la contractilité utérine n'a donné aucun résultat. L'auteur a vainement essayé ce moyen dans le cas d'atonie primitive, dans deux cas de contracture partielle du fond de l'utérus et dans un cas de contracture spasmodique de l'orifice externe à la suite d'écoulement prématuré des eaux. Dans un cas particulier, l'auteur a vu la sensibilité douloureuse de l'utérus céder sous l'influence d'une application deux fois répétée de courant continu : mais dans tous les autres cas où le même moyen fut employé il n'y eut aucune atténuation de la sensibilité anormale de l'utérus.

B. L'application de l'électricité par le vagin a été essayée de plusieurs manières, l'électricité étant portée soit sur la portion, soit dans la cavité du canal cervical, soit dans la cavité utérine, soit sur les nerfs moteurs de l'utérus, au niveau du péritoine en refoulant le cul-de-sac postérieur. Les applications vaginales ne provoquent aucune douleur.

L'application sur la portion vaginale ou dans les parois du canal cervical ne donne des résultats sensiblement différents de ceux qu'on obtient

par l'application cutanée. La portion vaginale elle-même ne subit aucune modification de forme ou de couleur sous l'influence du courant.

L'application du courant électrique dans la cavité utérine provoque une contraction très énergique de la matrice : la contraction se montre dès que le courant commence à passer, et s'arrête dès que le courant cesse.

Le conducteur métallique qu'on porte dans l'utérus doit être 3 ou 4 fois plus volumineux que la sonde utérine ordinaire, et recouvert d'ouate humide, afin de fournir une plus grande surface de contact avec l'utérus. L'auteur a constaté des contractions de l'utérus dans plusieurs cas de suites de couches normales. Dans 11 cas de subinvolution utérine, l'application du courant a paru utile. Cependant, il est difficile, dans ces cas, de faire la part exacte de l'action électrique et de l'excitation mécanique. Dans un cas d'avortement artificiel, à la 23e semaine, l'électricité a réussi après un essai infructueux avec la bougie, prolongé pendant 7 jours. Dans 4 cas d'hémorragie par inertie utérine, l'électricité a également triomphé de l'inertie et de l'hémorragie consécutive après des applications infructueuses d'eau glacée.

L'électrisation des nerfs moteurs de l'utérus a été tentée 7 fois par le vagin, 5 fois par le rectum : les résultats ont tous été négatifs. Au point de vue pratique l'électricité ne peut donc rendre service que dans le cas où l'on peut introduire une électrode dans la cavité utérine, c'est-à-dire, dans les cas d'atonie puerpérale compliquée d'hémorragie, et dans le cas seulement où cette atonie ne reconnaît pas une cause mécanique.

II. — L'application du courant continu est un moyen certain de provoquer les contractions de l'utérus gravide : cette application est absolument sans danger ; elle peut être employée, dans la plupart des cas, pour provoquer l'avortement artificiel.

Cette conclusion ressort de 8 observations d'avortement artificiel, dont 6 recueillies à la clinique du professeur Freund, à Strasbourg, et 2 observations recueillies à la clinique du professeur Müller, à Berne.

Le meilleur mode d'application consiste à porter le pôle négatif dans la cavité du col et à appliquer le pôle positif sur la paroi abdominale au niveau du fond de l'utérus. C'est le procédé qui a été employé dans les observations de l'auteur. On peut aussi porter le pôle négatif dans le cul-de-sac postérieur : l'application dans le cul-de-sac antérieur n'a pas donné de résultat. Les points les plus sensibles au courant continu sont les parties latérales du col. 12 à 16 éléments suffisent dans la plupart des cas. Le courant continu ainsi employé est un des moyens les plus sûrs et les plus puissants pour provoquer et régulariser les contractions. Dans les observations de l' auteur, 5 fois sur 8, le courant continu a suffi, à lui seul, à provoquer l'avortement : le nombre des séances a varié de 2 à 6. Dans 3 cas, il a fallu, après 13 à 14 séances d'électrisation, recourir à un autre moyen, les bougies, pour terminer l'avortement. Dans aucun cas, l'enfant n'a paru souffrir du procédé employé ; et, du côté de la mère, la souffrance déterminée par le courant a toujours été facilement tolérée et les suites de couches ont été normales.

Pendant l'accouchement, le courant a été employé deux fois avec un succès complet pour combattre la contraction spasmodique du col. Plusieurs autres applications faites pendant l'accouchement ont montré nettement l'efficacité du courant continu pour dilater et ramollir le col. Ce

moyen est donc indiqué dans certains cas d'inertie utérine, où il est nécessaire de réveiller les contractions. La période de dilatation une fois passée, le courant continu s'est montré presque toujours sans effet.

Le courant continu peut aussi provoquer des contractions utérines en dehors de la grossesse, soit que cet organe soit entièrement vide, soit qu'il renferme des corps étrangers.

La galvanisation est un calmant des plus efficaces dans toutes les affections spasmodiques de l'utérus. Dans l'accouchement à terme, il fait dis paraître comme par enchantement la contraction du col : dans l'avortement artificiel, il évite sûrement cet accident. En dehors de la grossesse, il se montre très utile dans tous les cas de dysménorrhée spasmodique. L'auteur donne deux observations de dysménorrhée spasmodique traitée par le courant continu. La seconde surtout mérite de fixer l'attention : le traitement continué pendant 5 mois fit disparaître complètement les accidents dysménorrhéiques que l'on ne pouvait calmer qu'à l'aide du chloroforme. Enfin, dans un cas de fibrome utérin contre lequel avait échoué l'ergotine, le traitement galvanique dirigé par le professeur Freund fit cesser complètement les hémorragies et permit à la malade très anémiée de reprendre ses occupations. L'utérus examiné plusieurs mois après la cessation du traitement était encore un peu épais ; mais la tumeur avait entièrement disparu. L'auteur reconnaît que l'on ne doit pas espérer, dans tous les cas, un résultat aussi heureux ; mais l'observation n'en est pas moins remarquable. (*R. S. M.*, XVIII, p. 151.) H. DE BRINON.

Ein durch mangelhafte Entwickelung des Kreuzbeines querverengtes Becken (Rétrécissement transversal du bassin consécutif à un arrêt de développement du sacrum), par Heinrich LITZMANN (*Archiv für Gynækologie, Band XXV, Heft* 1, 1884).

Ce bassin provient d'une femme morte à la clinique d'Altona des suites d'une large déchirure du cul-de-sac postérieur du vagin. Cette femme était âgée de 36 ans et à sa troisième couche. Ce bassin n'appartient ni à l'une ni à l'autre des deux formes connues de rétrécissement transversal, la forme ankylotique et la forme cyphotique ; il constitue une troisième forme caractérisée par l'arrêt de développement du sacrum. Il présente les caractères suivants : le corps de la 5e lombaire semble avoir été comprimé de haut en bas; il mesure 1 centimètre, 9 de hauteur à gauche, et 2centimètres, 2 à droite; sa face antérieure est parcourue par une gouttière horizontale profonde, et le bord inférieur de cette face est saillant et aigu. Le sacrum est représenté par une bande osseuse demi-circulaire qui réunit la dernière lombaire avec les os iliaques. La hauteur de cet os sur la face antérieure est de 1 centimètre, 4 à gauche et de 0 centimètres, 7 à droite. On ne retrouve ni le corps, ni les ailerons du sacrum. Les autres vertèbres sacrées manquent complètement. La face postérieure du sacrum est complètement cachée par la réunion des os innominés. L'apophyse épineuse, les apophyses articulaires supérieures et inférieures et les apophyses transverses de la 5e lombaire sont confondues en une masse informe. Les fosses iliaques sont moins ouvertes qu'à l'état normal, et la forme du détroit supérieur est celle d'un carré long. Les principales dimensions sont : D. sp. ant. sap. 20,2; D. maxima crist. 21,6; conjugat ver. 11,6; D. acetabul. 10,5; D. transvers. 10,5; D. spinar isch. 6,5; D. tuberum 8,5.

L'auteur attribue cette malformation à une compression exercée pendant la vie fœtale (le sujet en question provenant d'une grossesse gémellaire).

H. DE BRINON.

Zur Beckenmessung; speciell zur Schätzung der Transversa des Beckeneingangs (Contribution à la pelvimétrie : nouvelle méthode pour mesurer le diamètre transverse du détroit supérieur), par Hermann LÖHLEIN (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band XI, Heft* 1).

Les résultats qu'a donnés à l'auteur l'instrument de Küstner (*R. S. M.*, XXIII, 201) ont été tellement défectueux, qu'il lui paraît impossible d'en tirer parti pour la pratique obstétricale. Il propose donc aujourd'hui une nouvelle méthode, qui permet d'obtenir la dimension du diamètre transverse dans les bassins normaux ou uniformément rétrécis, sans le secours d'aucun instrument et à l'aide de la simple mensuration digitale. L'importance que présente la dimension du diamètre transverse au détroit supérieur dans les bassins uniformément rétrécis est considérable : un cas malheureux, publié par Isaac E. Taylor (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août 1883) a récemment attiré l'attention sur l'utilité de cette mensuration.

Or, il résulte d'un certain nombre de mensurations faites par l'auteur sur des bassins normaux (8) et sur des bassins uniformément rétrécis (5) qu'il suffit d'augmenter de 20 millimètres la distance de l'arcade pubienne au bord supérieur antérieur de la grande échancrure sciatique pour avoir le diamètre transverse du détroit supérieur; cette proportion n'existe plus lorsque le bassin est déformé : bassin plat rachitique ou non, l'auteur l'a constatée dans une 3e série d'expériences au nombre de 8. Mais il n'en reste pas moins, dans la mensuration de la ligne qui va de l'arcade pubienne au bord supérieur et antérieur de la grande échancrure sciatique, un moyen facile de connaître le diamètre transverse du détroit supérieur pour les bassins uniformément rétrécis; et cette ligne peut toujours être mesurée avec le doigt sur le vivant.

H. DE BRINON.

Ueber die Zweckmässigkeit der einseitigen seitlichen Incision beim Dammschutzverfahren (Des avantages de l'incision unilatérale comme moyen de protection du périnée), par CREDÉ et COLPE (*Archiv für Gynækologie, Band XXIV, Heft* 1).

Il est admis comme règle, à la Maternité de Leipsig, que l'on doit pratiquer l'incision du périnée toutes les fois qu'une déchirure paraît à craindre. L'incision est faite à l'aide de forts ciseaux droits. On choisit, pour placer l'instrument, le début d'une douleur; on l'introduit à plat, entre la tête et le périnée, à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la ligne médiale du frein; l'une des branches est enfoncée dans le périnée, l'autre placée en dehors; on dirige alors le tranchant vers le périnée, et, lorsque l'acmé est passé, on pratique une incision de 1 à 3 centimètres dirigée vers la tubérosité ischiatique. Suivant les cas, l'incision ne comprend que la peau ou, avec la peau, les fibres tendues du constricteur du vagin, qui, le plus souvent, constituent l'obstacle. On préfère une incision plus profonde à deux incisions du même côté; on ne fait jamais plus de deux incisions. L'incision est réunie par des points de suture toutes les fois que des fibres musculaires sont intéressées. La plaie est saupoudrée d'iodoforme.

L'application de cette méthode a donné, à la clinique de Leipsig, les résultats suivants sur 2,000 accouchements. Les accouchées se partagent à peu près par moité en primipares et en multipares.

	Primipares	Multipares	Total
Incisions unilatérales.............	259 = 25,9 0/0	12 = 1,2 0/0	271 = 13,5 0/0
Déchirures spontanées............	104 = 10.4 0/0	24 = 2,4 0/0	128 = 6,4 0/0
Déchirures malgré les incisions...	29 = 2,9 0/0	0 = 0	29 = 1,4 0/0
Lésions périnéales................	392 = 39,2 0/0	36 = 3,6 0/0	428 = 21,3 0/0

Des 29 cas de déchirures survenues malgré les incisions, 25 se trouvaient dans des conditions exceptionnellement défavorables : 15 fois il s'agissait d'enfants pesant plus de 3,500 grammes, et les 10 autres cas comprenaient 3 cas de vaginite granuleuse très développée, 3 cas d'affaiblissement du périnée par des lésions syphilitiques, 1 présentation du front, 1 hydrocéphale et 2 cas de déchirure par le passage des épaules. On peut donc dire que l'incision unilatérale rend très rare la déchirure spontanée incomplète et met à l'abri de la déchirure totale. Il n'y a eu aucun cas de déchirure totale à Leipsig depuis l'emploi de la méthode. La guérison de l'incision s'opère dans des conditions beaucoup plus favorables que celle de la déchirure. L'incision ne crée aucun danger appréciable par rapport à l'infection : elle ne laisse, après sa guérison, aucun inconvénient par rapport à l'occlusion vulvaire. La douleur de l'incision est insignifiante pour l'accouchée, pourvu qu'elle soit pratiquée pendant une douleur, et elle épargne à la femme la prolongation de l'accouchement et le danger de gangrène du vagin par compression. Pour toutes ces raisons, l'épisiotomie est considérée à Leipsig comme un procédé très utile, sans danger, et dont les indications doivent être plutôt étendues que restreintes. (Voy. *R. S. M.*, XXIII, 610.)

H. DE BRINON.

Considérations sur la rigidité de l'orifice utérin pendant le travail. Étude sur la rigidité du col d'origine syphilitique, par DOLÉRIS (*Gaz. méd. de Paris*, *n*os 49 *et suivants*, *décembre* 1884 *et janvier* 1885).

Ce travail est divisé en deux parties : dans la première, l'auteur traite de la rigidité de l'orifice utérin pendant le travail. Avec les auteurs il décrit la rigidité spasmodique, qui n'est qu'un spasme, une contracture accompagnant le travail anormalement douloureux ; le chloroforme en a facilement raison. Une deuxième variété est la rigidité anatomique, état de l'orifice qui succède au complet ou presque complet effacement du col; elle survient dans deux circonstances à l'état physiologique et à l'état pathologique ; dans le premier cas, elle tient à l'envahissement du col par un processus scléreux chez les très vieilles primipares ; à une évolution physiologique incomplète chez les très jeunes primipares; à un ramollissement insuffisant et à une préparation imparfaite du tissu cervical chez les femmes qui avortent ou accouchent prématurément ; mais on doit remarquer que ces exemples sont rares et que la véritable rigidité est surtout liée à quelque processus pathologiques parmi lesquels la syphilis, d'après M. Doléris, doit être inscrite.

C'est ce dernier point que l'auteur a cherché à mettre en lumière dans la seconde partie de son travail.

Après avoir établi, en considérant les manifestations de la syphilis à ses différentes périodes, que la diathèse peut engendrer des dégénérescences scléreuses primitives ou secondaires, partielles ou générales, localisées ou diffuses, et de durée variable chez les femmes non gravides, l'auteur aborde en premier lieu l'influence de la grossesse sur la marche des lésions syphilitiques. Sur ce point, ainsi que nombre d'auteurs l'ont déjà prouvé, il n'y a pas de doute à conserver; les manifestations spécifiques s'accroissent sous l'influence de la conception et du développement de la grossesse.

Quant aux modifications ultérieures survenues dans la structure de l'utérus et capables de modifier la marche du travail, M. Doléris déduit d'un certain nombre d'observations qu'il rapporte et discute, que la syphilis et, avant tout, le chancre syphilitique du col de l'utérus, évoluant pendant la gestation, sont de nature à modifier la marche normale du travail, en prolongeant ou même en empêchant la dilatation régulière de l'orifice utérin.

En pareille circonstance, le traitement antisyphilitique énergique doit être institué; on peut ainsi espérer, bien qu'il y ait lieu de tenir compte de l'ancienneté de la diathèse, qu'on arrivera à aplanir les difficultés de l'accouchement. OZENNE.

Du cancer de l'utérus gravide et de son traitement chirurgical, par COROENNE (*Thèse de Lille*, 1884).

D'une étude bien conduite sur la question et d'une série de recherches consciencieusement faites sur le cancer de l'utérus gravide et son traitement chirurgical, M. Coroenne tire les conclusions suivantes :

a Pendant la grossesse amputer tout col opérable :

b Pendant le travail :

1° N'attendre un accouchement spontané que si une seule lèvre est envahie par le cancer; hors ce cas, intervenir toujours d'emblée par une opération;

2° Si le col est opérable, faire l'amputation dès le début; rejeter toujours les incisions du col;

3° S'il est inopérable, à un degré si faible qu'il soit, faire l'opération césarienne, et quand les conditions sont favorables, terminer par l'opération de Freund. BERTHOD.

The influence of cimicifuga racemosa upon parturition, par J. Suydam KNOX (*Chicago gynecol. Soc.*, 20 *mars* 1885).

Knox a employé l'actée racemosa (herbe aux punaises, cimicifuga racemosa) dans 160 cas d'accouchement (57 primipares; 93 multipares) et voici les conclusions de ses observations :

1° La cimicifuga a une action sédative très marquée chez les femmes enceintes; elle calme l'irritabilité réflexe; les nausées, vomissements sont moins fréquents et disparaissent souvent à la suite de son administration;

2° La cimicifuga a des propriétés antispasmodiques; les crampes, les douleurs irrégulières du travail sont modifiées ;

3° Elle relâche la fibre musculaire utérine, et, en diminuant la résistance des parties constituantes du canal génital, facilite le travail et diminue les risques de déchirure ;

4° Dans la seconde période du travail, elle accroît l'énergie des contractions.

Knox donne 15 minimes d'extrait fluide de cimicifuga dans du sirop de salsepareille composé pendant les quatre semaines qui précèdent l'accouchement.

Plusieurs membres de la Société ont essayé la cimicifuga sans obtenir de résultats bien marqués. A. C.

Le basiotribe Tarnier, par BAR (*Progrès médical* 1884). — *Idem*, **par PINARD**, (*Ann. de Gyn., novembre et décembre* 1884, *janvier* 1885).

Le nouvel instrument proposé par M. Tarnier a déjà été expérimenté par Treyzi, en Italie. Il est constitué par trois pièces : 1° un perforateur crânien désigné sous le nom de perforateur alésoir ; 2°, deux branches terminées par des cuillers de différentes dimensions, l'une grande et l'autre petite.

C'est un instrument broyeur de la tête. On introduit d'abord, dans le crâne, le perforateur alésoir jusqu'au moment où son extrémité est arrêtée par la base du crâne ; dans un second temps, on introduit la petite branche à gauche ; dans un troisième temps, à l'aide d'une vis de pression on écrase la portion de la tête saisie : *petit broiement*; dans un quatrième temps, on introduit la grande branche à droite ; dans un cinquième temps, on broie la seconde portion de la tête saisie d'une part par le perforateur et la petite branche, d'autre part par la grande branche ; *grand broiement.*

L'instrument possède sur les autres céphalotribes des avantages incontestables. Les expériences et les observations cliniques en fournissent des preuves non douteuses.

Les instruments employés jusqu'à ce jour ne répondaient, en effet, que d'une façon fort imparfaite aux indications de toute bonne céphalotripsie. Ils saisissaient bien comme les cranioclastes, mais broyaient mal ou pas du tout; ils saisissaient mal comme la plupart des céphalotribes et broyaient souvent d'une façon insuffisante. A la suite de la céphalotripsie ; il arrive souvent que la base du crâne échappe à la destruction que devait opérer l'instrument. La grande supériorité du basiotribe de M. Tarnier est de posséder une prise excellente. Lorsque celle-ci est obtenue, si l'introduction de la seconde branche n'est pas trop difficile, il faut évidemment qu'elle soit placée dans la partie diamétralement opposée à la portion de la tête saisie. Comme cette seconde branche est beaucoup plus grande, elle embrasse une portion beaucoup plus étendue de la tête et en assure la destruction. La base du crâne échappe quelquefois, mais rarement, à cette action. Rien n'empêche alors qu'après avoir fait exécuter une rotation d'un quart de cercle à la tête, on exécute une seconde application avec ses deux broiements successifs, et bien rares doivent être les cas où il serait nécessaire de procéder à une troi-

sième application. Les branches rapprochées mesurent moins de 5 centimètres. On peut donc espérer reculer définitivement, à l'aide de cet instrument, les limites du rétrécissement du bassin qui indiquera d'une façon absolue l'opération césarienne, laquelle malgré tous les progrès récents qu'elle a subis, présente encore un pronostic si désastreux. Le nouvel instrument permet d'éviter les tractions si fâcheuses. Les difficultés présentées par le dégagement des épaules sont rarement importantes.

Les inconvénients du basiotribe Tarnier semblent résider dans le poids de l'instrument et les difficultés de sa manœuvre, objections tout à fait secondaires. POKAR.

I. — Achtzig Fälle von Kraniotomie aus der geburtshülflichen Klinik und Poliklinik in Halle, par W. THORN (*Archiv für Gynækologie, Band XXIV, Heft* 3).

II. — Einige erläutfemde Bemerkungen (Remarques sur le mémoire précédent), par CREDÉ (*Ibid., Band XXIV, Heft* 3).

I. — L'auteur a suivi le plan de Merkel, dont le mémoire (R. S. M. XXIV, 528) contient la relation de 100 cas de craniotomie pratiqués à Leipsig. La comparaison des deux statistiques demande certaines réserves : les 100 cas de Merkel ont été pratiqués dans une période de 5 ans, 1877 à 1882, et tous depuis l'introduction de la méthode antiseptique; tandis que les 80 cas de Thorn sont répartis sur une période de 25 ans, de 1858 à 1883, et les 45 premiers n'appartiennent pas à la période antiseptique; ce n'est qu'à partir de 1877 que la méthode antiseptique a été appliquée d'une manière uniforme à la Maternité de Halle.

La proportion des craniotomies à l'ensemble des accouchements est un peu plus forte à Leipzig qu'à Halle: Leipzig, 1,77 0/0 ; Halle, 1, 12 0/0.

La proportion des enfants vivants sacrifiés par craniotomie est presque 3 fois plus forte à Leipsig qu'à Halle. Les 100 craniotomies de Leipsig portent sur 64 enfants vivants (dont 1 hydrocéphale) et 36 morts; les 80 craniotomies de Halle portent sur 20 enfants vivants, dont 7 hydrocéphales et 4 agonisants et 60 morts.

L'auteur s'attache surtout à justifier les craniotomies pratiquées sur des enfants vivants : 7 fois l'hydrocéphalie avait été constatée avant l'opération ; des 4 agonisants, 3 ont été mis à mort à cause de l'état tétanique de l'utérus, et le 4e à cause de l'état d'affaissement extrême de la mère, qui était en travail depuis 43 heures et avait déjà subi plusieurs tentatives infructueuses de forceps. Dans les 9 cas restants, l'indication était fournie 3 fois par l'état tétanique de l'utérus, 2 fois par une fièvre intense, 4 fois par l'impossibilité de terminer autrement l'accouchement.

Comme à Leipsig, les garçons craniotomisés sont plus nombreux que les filles, dans la proportion d'environ 75 0/0.

35 enfants seulement ont été pesés. Le poids moyen non compris la matière cérébrale et le sang perdus, est de 3,111 grammes; six dépassaient 4,000 grammes et deux 5,000 grammes.

Le rétrécissement du bassin a été noté 52 fois. Le diamètre conjugué vrai a été mesuré 37 fois; il atteignait 8 cent., 5 3 fois; 7 cent., 27 fois;

et 5 cent., 5 7 fois. En outre 3 bassins se trouvaient rétrécis par la présence de fibromes utérins.

Si l'on distrait les 52 bassins rétrécis, les 3 cas de fibrome et les 7 cas d'hydrocéphalie, il reste 16 cas dans lesquels la craniotomie a dû être pratiquée malgré les dimensions normales du bassin. Sur ces 16 cas, il y avait 13 enfants morts. L'indication était : 5 fois la rigidité du col ; 1 fois un carcinome avancé du col et du corps ; 6 fois le volume exagéré de l'enfant ; 3 fois le crâne n'offrait pas une prise suffisante au forceps à cause de son petit volume et de la mobilité des os ; dans le dernier cas il s'agissait d'une rupture spontanée de l'utérus.

La mortalité à Halle a été de 12, 5 0/0 tandis qu'à Leipsig elle est de 8 0/0. Cette différence ne tient pas seulement à ce que les médecins de Leipsig attendent moins longtemps pour pratiquer la craniotomie ; elle tient surtout à la grande mortalité de la période antélistérienne. Ainsi, tandis que les 45 premières craniotomies de Halle donnent une mortalité de 17, 8 0/0, soit 8 morts ; les 35 dernières soit de 1877 à 1882, ne donnent que 5, 7 0/0, soit 2 morts.

Comme à Leipsig, la mortalité est beaucoup plus forte, 22 0/0, à la clinique qu'à la policlinique, 9, 6 0/0 ;

La plus grande mortalité que présente l'opération sur la tête dernière (18, 7 0/0 au lieu de 11, 3 0/0) est tout à fait accidentelle, et ne prouve pas, comme le veut Merkel, que l'opération soit plus dangereuse.

La morbidité est, comme la mortalité, plus forte à Halle qu'à Leipsig : 18 cas à Halle, 9, à Leipsig.

Au point de vue technique, la perforation constitue presque toujours le premier temps de la craniotomie, qu'il s'agisse de la tête première ou de la tête dernière ; et c'est aux ciseaux qu'on donne la préférence pour cette partie de l'opération. Pour la réduction et l'extraction de la tête, le cranioclaste est employé de préférence au céphalotribe. Le céphalotribe n'est employé que sur la tête dernière, lorsque la perforation n'a pu être pratiquée, et que la réduction de volume de la tête est nécessaire.

II. — Credé explique la plus grande fréquence des craniotomies par la fréquence du rachitisme à Leipsig. La population ouvrière de Leipsig et des environs se trouve dans des conditions hygiéniques très mauvaises et les déformations du squelette y sont très fréquentes. Il n'en est pas de même de la population de Halle. Quant au grand nombre d'enfants sacrifiés, Credé affirme que l'opération n'est jamais décidée à Leipsig que lorsque l'état de la mère la rend absolument nécessaire ; et Merkel n'a eu, suivant lui, qu'un tort, celui d'omettre dans son travail le détail des observations ; il eût été facile, en examinant ce détail, de reconnaître que, dans tous les cas, l'opération était pleinement justifiée. H. DE BRINON.

I. — Ueber neuere Kaiserschnitt-methoden (Sur les nouvelles méthodes de l'opération césarienne), par FEHLING (*Sammlung klinischer Vorträge*, nº 248).

II. — Traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'opération de Porro, par CHALOT (*Ann. de gyn.*, *août* 1883).

III. — Ueber den Kaiserschnitt nach Porro, par JASSINSKI (*Wien. med. Presse* nº 3, 1884).

IV. — Ein Kaiserschnitt nach Porro, par LUMPE (*Archiv für Gynækologie, Band XXIII, Heft* 2, 1884).

V. — Ueber einen Fall von Kaiserschnitt nach Porro, par A. MARTIN (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band X, Heft* 1).

VI. — Zwei weitere glückliche Kaiserschnitte mit Uterus-naht Unterminirung der Serosa und Resection der Muscularis (Deux nouveaux cas d'opération césarienne d'après le procédé de SÄNGER, suivis de guérison), par LÉOPOLD *Archiv für Gynækologie, Band XXIV, Heft* 3, 1884).

VII. — Ueber zwölf Fälle von Kaiserschnitt mit Hysterektomie bei engem Becken, par BRAUN-FERNWALD (*Wien. med. Woch.*, n° 45, 1883).

I. — L'opération césarienne par l'ancienne méthode doit être exécutée chez des femmes mortes ou agonisantes. La modification de cette opération par la méthode de Sänger (détachement d'un lambeau de la tunique musculaire de l'utérus et prise du péritoine retourné et appliqué à lui-même dans les sutures) doit être réservée pour les cas où les femmes ne doivent pas être privées de la possibilité de devenir de nouveau enceintes, comme dans le cas de monstruosités, par adhérences par exemple. Le cancer de l'utérus justifie encore cette méthode opératoire. On préférera l'opération de Porro lorsqu'il y a intérêt pour la femme à supprimer toute chance de nouvelle grossesse, comme dans les rétrécissements ostéomalaciques extrêmes, dans les cas de tumeurs pelviennes irréductibles, ou lorsque les parents le désirent dans l'intérêt même de leur enfant.

II. — La statistique du traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'opération de Porro est loin d'être favorable. L'auteur ne possède aucun cas nouveau, aucun succès personnel à enregistrer. Il n'est pas moins partisan de l'abandon du pédicule par un procédé qu'il a imaginé, et qui consiste à inciser en entonnoir l'utérus, les ligaments ronds et les ligaments larges immédiatement au-dessous des ovaires. On obtient ensuite l'hémostase définitive à l'aide de liens de caoutchouc qui saisissent en deux anses les gros vaisseaux qui cheminent sur les bords de l'utérus. On renoue ensuite les bords libres du moignon qu'on maintient fixés par une double ligaure de fils de soie phéniquée. Les autres temps de l'opération se font suivant la méthode ordinaire. PORAK.

III. — Une femme de 24 ans, pâle, anémique, atteinte de scoliose et de cyphose, présentant un rétrécissement très considérable du bassin (diamètre antéro-postérieur 6 cent. 1/2) est parvenue au terme de sa première grossesse. Il est impossible d'espérer l'accouchement naturel et la seule opération rationnelle est l'opération de Porro.

L'opération dure en tout une heure et demie. Mort au 3e jour.

A l'autopsie, outre la péritonite, on trouve l'intestin grêle rempli de sang. L'auteur attribue cet accident ultime à la torsion du mésentère qui présente des dimensions anormales. L. GALLIARD.

IV. — C'est la 4e opération césarienne pratiquée depuis 1878 à la 2e clinique de Vienne par Spath. Il s'agit d'une femme de 38 ans, à sa 9e grossesse, atteinte d'ostéomalacie. L'enfant était à terme. Le diamètre sacro-cotyloïde gauche mesurait 5 centimètres, le droit 4c,5.

L'opération est pratiquée le 9 janvier 1884.

L'extraction de l'enfant ne présente pas de difficultés : il était vivant, pesait 2,350 grammes et mesurait 48 centimètres de long. Le placenta situé

sur la paroi postérieure de l'utérus n'a pas été atteint par l'incision, et l'hémorragie n'est pas plus abondante que pour un accouchement ordinaire. Fixation du pédicule à la paroi abdominale, et pansement à l'iodoforme. Convalescence normale. Les sutures tombent du 10e au 15e jour ; le moignon se détache le 13e jour et laisse un profond entonnoir qui n'est complètement cicatrisé qu'au bout de 4 à 5 semaines.

V. — L'auteur est convaincu que l'opération de Porro et l'opération césarienne classique doivent trouver, chacune dans la pratique, leur place distincte et qu'il serait imprudent d'exclure systématiquement l'une ou l'autre. Les indications de l'opération de Porro ont été, suivant lui, trop étendues par Sänger.

Ainsi, l'atrésie du col ou du vagin, l'occlusion par une tumeur indépendante de l'utérus, n'exigent, dans la plupart des cas, que des opérations directes moins graves. Il admet l'indication résultant de la grossesse dans une corne oblitérée. L'infection du corps ou bien est limitée à la muqueuse, et alors, l'irrigation permanente suffit; ou bien, elle a gagné le système vasculaire veineux et lymphatique, et alors, l'opération de Porro ne réussira pas mieux que tout autre traitement. L'auteur n'admet pas l'indication résultant du fait de plusieurs opérations césariennes antérieures : il admet l'indication tirée de l'ostéomalacie. Enfin, il existe, suivant lui, une autre indication dont un fait récent lui a fourni un exemple frappant. Il s'agit des cas dans lesquels la puerpéralité constitue par elle-même un danger incontestable pour la malade. La coïncidence de troubles graves de la circulation ou de la respiration avec un état des voies génitales rendant l'accouchement difficile, devient alors une indication précise d'opération de Porro.

VI. — Le procédé de Sänger a été décrit dans la *Revue*, XXI, p. 215. Leopold publie la relation de deux opérations césariennes dans lesquelles il a suivi le procédé avec une légère modification. Sänger conseille de réséquer la couche musculaire avant de disséquer la séreuse : on comprend facilement qu'il est plus rationnel de commencer par la dissection de la séreuse, c'est ce qu'a fait l'auteur. Le procédé de Sänger n'a encore été appliqué que 3 fois : dans les trois cas, mères et enfants ont été sauvés. La suture utérine faite d'après ce procédé ne prend pas trop de temps et tient bien : le traitement consécutif est simple, le procédé mérite donc toute confiance.

Cependant l'auteur est d'avis que la résection de la couche musculaire n'a pas d'avantage pour faciliter la suture, et qu'elle peut entraîner pour l'avenir un affaiblissement de la paroi utérine, qui deviendrait un inconvénient sérieux dans le cas de grossesse nouvelle. Il se propose donc de supprimer ce temps de l'opération. DE BRINON.

VII. — L'auteur a publié déjà les cinq premiers cas de cette série ; les autres sont inédits. Il n'a pratiqué l'opération césarienne, d'après Porro, que dans les cas de rétrécissement du bassin de 6 centimètres ou moins. Il a eu sept succès complets, un incomplet et quatre insuccès ; onze enfants ont été obtenus vivants. Toutes les opérées guéries étaient des rachitiques sauf une atteinte d'ostéomalacie.

L'opération a eu lieu huit fois après les premières douleurs et les enfants pesaient de 2,200 à 3,700 grammes ; dans les autres cas, le chirurgien n'a pas attendu le commencement du travail : cependant le plus

petit des enfants pesait 2,470 grammes. Il conseille d'agir autant que possible de bonne heure.

Il a toujours pratiqué, sauf une fois, le traitement extrapéritonéal du pédicule.

Son procédé est celui de Porro avec les modifications de Müller, Hegar et Veit. L. GALLIARD.

I. — Cæsaræan operation in a dwarf (Opération césarienne chez une naine), par Ely van de WARKER (*Medical News*, 7 *mars* 1885).

II. — A case of cæsarean section, par DOLAN (*Lancet*, 24 *janvier* 1885).

I. — L'auteur a été appelé à délivrer la naine connue sous le nom de Midget, âgée de 30 ans. A son arrivée, dans un appartement d'assez mauvaises conditions hygiéniques, il constata une présentation podalique. La malade était dans un état de collapsus grave. L'auteur pratiqua aussitôt l'opération césarienne et retira un enfant mort. L'utérus revint facilement sur lui-même, on fit la suture utérine avec des fils métalliques. La malade mourut le 3e jour d'épuisement.

A l'autopsie on constata un peu de rougeur du péritoine, une absence de réunion de la suture utérine, quoique les bords fussent parfaitement coaptés. Le bassin donnait les mensurations suivantes : diamètre sacro-pubien 3 pouces 9/16; diamètre transverse 3 pouces 7/8; distance entre les épines iliaques 6 pouces. L'enfant extrait pesait 7 livres 1/2 et mesurait 20 pouces de long.

L'auteur donne à la suite de cette courte observation un relevé des opérations césariennes pratiquées aux Etats-Unis sur des naines ; ce relevé est dû à Robert Harris, de Philadelphie.

Sur 26 cas : mères mortes, 19 ; guéries, 7 ; enfants morts, 14 ; sauvés, 12. La plus petite de ces opérées guéries mesurait 3 pieds 9 pouces ; la plus petite connue et guérie dans un cas opéré à Brest (France) mesurait 35 pouces. L'intervention, chez les naines, doit être plus hâtive, toutes choses égales d'ailleurs, que chez une femme normalement constituée.

II. — Dolan a opéré une femme de 26 ans, d'une taille de 3 pieds 11 pouces. Elle était en travail depuis 5 heures. Le diamètre antéro-postérieur ne dépassait pas 1 pouce et demi. La suture utérine fut faite avec le catgut phéniqué ; la suture abdominale avec du fil d'argent. Enfant vivant, femme morte 54 heures après.

A l'autopsie on trouva la plaie utérine entr'ouverte et un large caillot au travers ; péritonite consécutive. A. C.

I. — Ueber Graviditas extrauterina, par FREUND (*Archiv für Gynækologie, Band XXII, Heft* 1).

II. — Ueber einen Fall von Tuboovarialcystenschwangerschaft, par F. VULLIET (*Ibid., Band XXII, Heft* 3).

III. — Ueber Tuboovarialschwangerschaft, par BEAUCAMP (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band X, Heft* 2).

IV. — Die operative Behandlung der Extra-uterinschwangerschaft, par WERTH (*Congrès de Copenhague, Archiv für Gynækologie, Band XXIV, Heft* 2).

V. — Hydramnion bei Extra-uterinschwangerschaft (Grossesse extra-utérine compliquée d'hydramnios), par R. TEUFFEL (de Chemnitz) (*Ibid., Band XXII, Heft* 1).

VI. — Five cases of extrauterine pregnancy operated upon at the time of rupture, par Lawson TAIT (*Brit. med. journal*, *p.* 1250, *juin* 1884).

VII. — Extra-uterins chwangerschaft im fünften Monate; Tödtung der Fœtus mittels Morphium injection; Heilung, par REUMERT (*Archiv für Gynækologie, Band XXIV, Heft.* 2).

VII. — Seltener Ausgang einer Bauchschwangerschaft (Issue rare d'une grossesse abdominale), par KŒNIG (*Wien. med. Presse*, *n°*. 15, 1884).

IX. — Record of two cases of extrauterine pregnancy, one of them successfully treated by laparotomy and intestinal resection, par Angus MACDONALD (*Edinb. med., journ., p.* 697, *février* 1884).

X. — Grossesse extra-utérine, expulsion naturelle de l'enfant à travers les parois abdominales; étranglement interne ; anus contre nature : guérison, par BOUZOL (*Lyon méd.*, 21 *décembre* 1884).

I. — L'auteur a observé 16 cas de grossesse extra-utérine. Il signale, parmi les causes reconnues, les mouvements de contraction des trompes pendant le coït? L'implantation du placenta peut avoir lieu sur le péritoine, qui, d'après les recherches les plus récentes, est une véritable muqueuse. Pour le diagnostic et surtout pour reconnaître la position de la tête, l'orateur recommande l'akidopeirastique. Il distingue 4 variétés de grossesse extra-utérine : 1° la grossesse qui se développe dans les cavités musculaires préexistantes, trompes, cornes utérines; 2° la grossesse ovarienne; 3° la grossesse abdominale avec insertion du placenta sur un point n'appartenant pas à l'intestin; 4° la grossesse abdominale avec insertion du placenta sur l'intestin (pronostic très grave). Comme traitement, l'auteur établit les règles suivantes: tuer l'enfant par ponction dans les 3 premiers mois; que l'opération réussisse ou non, attendre la fin de la grossesse pour opérer; une seule cause peut légitimer l'intervention avant ce terme, c'est lorsque le fœtus étant mort, la suppuration se manifeste. En cas d'opération, ne jamais chercher à détacher le sac et le placenta: après avoir desséché le sac, V. le remplit de tannin et d'acide salicylique mélangés en parties égales, place un drain en verre d'Hegar et tamponne avec de l'ouate. Le sac se détache spontanément du 10° au 14° jour.

Fränkel croit que l'on pourrait employer l'électricité (15 à 20 éléments galvaniques) pour tuer le fœtus.

Battlehner communique un fait dans lequel la grossesse s'est produite après l'ablation des deux ovaires: il croit que la formation des œufs n'est pas liée à l'ovaire.

II. — Le sac fœtal était formé par un kyste du volume d'une tête d'enfant occupant l'espace de Douglas. Il était intimement uni en avant avec le ligament large et la partie inférieure de l'utérus et en arrière avec la séreuse pelvienne et le rectum; cependant on pouvait avec les doigts détruire ces adhérences et constater que le kyste avait une paroi propre indépendante. La trompe droite a été sectionnée à 15 centimètres de son extrémité utérine par l'incision pratiquée sur la face supérieure du kyste pour extraire l'enfant pendant la vie. En dehors de ce point de section, la trompe décrit un demi-cercle embrassant le sac qui occupe vraisemblablement la place de l'ovaire absent. En ouvrant cette partie de la trompe, on constate que ses parois se continuent directement dans les parois du kyste ; cette continuité est surtout

visible en dehors mais aussi très nette en dedans. L'amnios est en partie bien conservée. L'extrémité de la trompe se comporte avec le sac comme elle le fait en général avec les kystes tubo-ovariens.

L'auteur admet que la grossesse s'est développée dans un kyste tubo-ovarien préexistant.

III. — Il existe, d'après l'auteur, une variété de grossesse tubo-ovarienne qui est due à l'adhérence complète de la trompe sur l'ovaire. Dans cette hypothèse, l'adhérence de la trompe à l'ovaire existe antérieurement à la grossesse, et elle explique la longue stérilité qui précède ces sortes de grossesse. Dans beaucoup de cas, cette adhérence totale de l'extrémité abdominale de la trompe est congénitale ; elle peut aussi être le résultat d'inflammations chroniques du péritoine ou du développement de certains kystes tubo-ovariens. Dans tous les cas, elle a pour conséquence de frapper de stérilité tous les ovules qui n'appartiennent pas à la zone embrassée par la trompe, c'est-à-dire la plus grande partie des ovules. Lorsque l'adhérence tubo-ovarienne est compliquée de kyste ovarien, la rupture du kyste dans la trompe est nécessaire pour que la fécondation soit possible. Un fait recueilli à la clinique de Schrœder paraît rentrer dans cette dernière catégorie.

Le sac fœtal occupait le bord supérieur externe de l'utérus, au-dessus de l'insertion utérine du ligament rond. On trouve à sa partie inférieure et externe un certain nombre de kystes, variant du volume d'une lentille à celui d'une fève. Ces kystes, examinés au microscope, sont des débris de l'ovaire. A la face supérieure du kyste on peut suivre la trompe sur une longueur de 10 centimètres 1/2; puis elle se perd dans le sac. La largeur de la trompe varie de 2 centimètres à 4 cent., 7. L'enveloppe du sac se confond absolument avec celle de la trompe sans qu'on puisse extérieurement reconnaître la limite entre la trompe et le sac. Après avoir ouvert le sac dans la direction de la trompe, on constate que la trompe traverse la paroi du sac à sa partie supérieure et latérale; il ne reste aucune trace des franges, la trompe se perd en bas dans les parois du sac; à 7 millimètres au-dessous de ce point, se trouve un pli mince dont la hauteur maximum atteint 4 millimètres et la longueur 9 centimètres. Le bord libre de ce pli est inégal et déchiqueté; le tissu qui le forme se confond intimement des deux côtés avec la paroi du sac et ne se laisse pas isoler.

L'hypothèse de l'adhérence tubo-ovarienne compliquée de kyste peut seule expliquer ces particularités anatomiques. Cette hypothèse est d'ailleurs confirmée par l'état anatomique du côté droit. De ce côté, la trompe qui mesure 11 centimètres de longueur adhère complètement par son extrémité abdominale avec l'ovaire. Un kyste d'un centimètre de long sur 2 millimètres de large se trouve au niveau de la portion ovarienne comprise dans la trompe.

IV. — Dans les premiers mois, deux méthodes se présentent : ou enrayer la grossesse par la mort du fœtus, ou pratiquer l'ablation du sac. Cette opération est indiquée lorsqu'il s'agit d'une grossesse tubaire ou ovarienne, et lorsque les connexions du sac avec les parties voisines se présentent dans des conditions favorables à l'opération ; l'opération est encore indiquée lorsque la position du sac dans l'espace de Douglas peut entraîner des phénomènes d'enclavement. Après la rupture du sac, l'expectative paraît au contraire préférable.

A une époque plus avancée de la grossesse et tant que l'enfant est vivant, l'opération, sans grand avantage au point de vue de l'enfant, est,

presque toujours fatale à la mère. Sur 17 cas réunis, soit par Litzmann, soit par l'auteur, il n'y a eu que deux mères de sauvées. Il vaut donc mieux attendre la mort de l'enfant.

Lorsque l'enfant meurt après avoir acquis un certain développement, il devient une cause permanente de danger pour la mère, et il faut l'enlever. Mais l'opération ne doit pas, autant que possible, être pratiquée avant l'oblitération des vaisseaux placentaires ; c'est-à-dire dix ou douze semaines après la mort du fœtus. 48 opérations réunies, soit par l'auteur, soit par Litzmann, ont donné 13 morts.

Le siège anatomique est d'une grande importance pour le choix du procédé opératoire.

L'orateur distingue deux formes : 1° la tumeur est pédiculée ; le siège de la grossesse est alors soit le segment externe de la trompe, soit l'ovaire, soit la trompe adhérente à l'ovaire (grossesse tubo-ovarienne). L'opération ressemble à une ovariotomie et offre à peu près le même pronostic ; 2° la tumeur est intraligamenteuse ; dans ce cas le point de départ paraît toujours être la trompe. L'opération radicale est impossible. Il faut combiner les deux procédés et suturer le sac fœtal dans la plaie abdominale. Le placenta et les membranes seront enlevés, si l'on n'a aucun doute sur la thrombose des sinus placentaires ; dans le cas contraire, on devra laisser le placenta jusqu'à ce qu'il se détache spontanément et remplir le sac d'une poudre antiseptique (tannin et acide salicylique à parties égales. — L'élytrotomie n'est préférable à la gastrotomie que dans quelques cas particuliers).

Kœberlé a opéré 5 fois : 4 succès, 1 mort ; dans ce dernier cas, l'opération avait été faite 6 semaines seulement après la mort du fœtus ; dans les autres il s'était écoulé beaucoup plus longtemps, jusqu'à 21 semaines.

Müller a opéré trois fois : 1° cas récent ; mort d'hémorragie ; le placenta avait été atteint par l'incision ; 2° gastrotomie après un temps assez long ; guérison ; 3° élytrotomie au bout de trois ans ; guérison.

Olshausen a vu survenir la mort de la mère 14 jours après la mort de l'enfant consécutivement à la rupture du sac.

Sänger a réuni les cas de grossesse dans une corne rudimentaire d'utérus bicorne. Ces cas sont intermédiaires entre la grossesse tubaire et la grossesse interstitielle. 22 fois la mort de la mère est survenue dans les six premiers mois par rupture, 3 fois la grossesse est arrivée à terme et s'est terminée par la formation d'un lithopédion. 4 cas ont été opérés (Kœberlé) 1865, guérison ; Salin (1880), guérison ; Litzmann-Werth (1881), mort ; Sänger (1882), guérison.

V. — Il s'agit d'une femme âgée de 36 ans, portant depuis deux ans une tumeur abdominale, qui a pris un développement énorme. L'abdomen mesure 116 centimètres de circonférence maximum. A gauche, immédiatement au-dessus du ligament de Poupart, on remarque une partie saillante, de consistance solide ; il y a de la sensibilité à ce niveau ; le reste de la tumeur est liquide. La ponction exploratrice donne un liquide jaune, un peu trouble, non filant. Au microscope on n'y découvre rien de caractéristique : les éléments figurés sont à l'état de détritus ; seul un faisceau de fibres musculaires striés attire l'attention et reste inexpliqué jusqu'à l'autopsie. Le diagnostic porté est celui de kyste parovarien. La malade refuse l'opération radicale. Une ponction faite avec le trocart retire 7 litres de liquide. 2 jours après cette

ponction la fièvre se déclare et la malade est emportée en 8 jours par une diarrhée incoercible. A l'autopsie, on trouve dans la cavité abdominale un sac rempli de liquide, à parois épaisses, fibreuses; ce sac adhère à la paroi abdominale antérieure, à la paroi postérieure de l'utérus et au ligament large gauche; l'ovaire gauche manque. L'ovaire droit et la trompe droite n'offrent rien d'anormal. Le sac renferme un fœtus à terme bien conservé. D'après les renseignements anamnestiques, cette grossesse extra-utérine aurait débuté plus de deux ans auparavant; la tumeur solide reconnue au-dessus du pli inguinal gauche était la tête du fœtus; le faisceau musculaire strié provenait du fœtus macéré. H. DE BRINON.

VI. — Lawson Tait rapporte cinq opérations, suivies de guérison, chez des femmes qui avaient des grossesses extra-utérines tubaires, avec rupture de la trompe. Dans presque tous ces cas il existait un état général grave et des signes de péritonite confirmée. Il en conclut qu'originairement la grossesse extra-utérine est presque toujours, sinon toujours tubaire, et qu'il y a lieu d'intervenir toujours de bonne heure. H. R.

VII. — C'est le 4e cas de grossesse extra-utérine, dans lequel l'injection de morphine a été employée pour arrêter le développement du fœtus.

1 gramme d'une solution de morphine à 3 0/0 est injecté par le vagin, à l'aide d'une seringue de Pravaz dans la partie fœtale qui paraît être la tête. La mère n'éprouve aucun signe d'empoisonnement morphinique. Les mouvements spontanés très violents une heure après l'injection, vont en s'affaiblissant et disparaissent la nuit suivante. Le 19 février, expulsion, par le vagin, d'un morceau du cordon avec sécrétion fétide très abondante. A partir du 21, les sécrétions utérines toujours très fétides deviennent sanglantes et s'accompagnent de débris membraneux. Le 2 mars, brusque hémorragie par le rectum. 1er avril, convalescence.

L'auteur préfère l'injection de morphine à la ponction, parce qu'elle atteint plus sûrement le but désiré et n'expose à aucun danger. L'emploi de l'électricité préconisée par les Américains pour obtenir la mort du fœtus lui paraît impraticable, et les observations qui ont été publiées n'ont pour lui aucune valeur scientifique. H. DE BRINON.

VIII. — Fille de 30 ans, ayant eu ses règles pour la dernière fois à la fin de mars 1881 et chez qui la grossesse évolue normalement jusqu'au milieu d'août. A ce moment elle a des symptômes de péritonite et elle cesse de percevoir les mouvements du fœtus. Cependant le développement de la grossesse continue et au mois de décembre les seins se remplissent de lait, les eaux s'écoulent par le vagin, on attend l'accouchement. Mais tout s'arrête, le volume du ventre diminue, les phénomènes d'expulsion font défaut, si bien que la malade est accusée d'accouchement clandestin et d'infanticide : les médecins légistes constatent que la grossesse existe encore.

En février 1882 la fille quitte son village et elle arrive à Garsten où elle cherche à s'employer comme blanchisseuse. A partir de ce moment elle a chaque mois des hémorragies abondantes qui l'affaiblissent.

En février 1883 diarrhée avec expulsion de liquides infects et d'éléments nécrosés. A ce moment l'auteur constate que le ventre a le développement d'une grossesse de six mois. Il existe une tumeur dure et lisse dont on perçoit les limites au niveau des fosses iliaques et qui plonge dans le bassin; du côté de l'ombilic on trouve une masse surajoutée qui paraît constituée par les petites parties du fœtus. On atteint facilement l'utérus dont la portion vaginale mesure 4 centimètres et dont l'orifice est étroit. Dans la paroi antérieure du rectum se trouve une tumeur grosse comme un œuf contenant une masse dure.

Le 10 mars un fémur se présente à l'anus. Le lendemain le médecin trouve

à l'anus un fragment de cordon sur lequel il exerce des tractions, et extrait le cou, puis les épaules, le thorax dans lequel la tête s'est enfoncée enfin le bassin et les extrémités. Le fœtus est long de 44 centimètres et pèse 700 grammes; il paraît âgé de 7 mois. Il est dans un état de décomposition avancée. Il manque au squelette crânien le pariétal gauche qui n'est extrait du rectum que le 29 mars.

Peu de réaction fébrile; guérison complète. L. GALLIARD.

IX. — La première observation peut se résumer ainsi :

Symptômes rationnels de grossesse; développement d'une tumeur située dans la partie postérieure droite de l'abdomen; enfant vivant, constaté par l'auscultation et les mouvements perçus. La tumeur n'est pas constituée par l'utérus, car celui-ci, exploré au moyen de l'hystéromètre, est vide. Vers le 6e mois de la grossesse, mort du fœtus, inflammation du sac, péritonite grave consécutive avec thrombose de la veine iliaque gauche et signes de *phlegmatia dolens*. Simultanément, développement d'accidents septicémiques, hyperthermie, dyspnée, état général grave. Au moment où l'adynamie est à son paroxysme, rupture du sac dans l'intestin, et issue de pus fétide par le rectum. Amélioration rapide mais persistance d'une fistule intarissable affaiblissant le malade, fièvre hectique permanente. Dans ces conditions l'opération est résolue. L'abdomen ouvert antiseptiquement, on découvre une poche renfermant, outre les os du fœtus, l'intestin fœtal putréfié et gangréneux, mélangé à des matières fécales provenant de la mère, à travers un large pertuis entr'ouvert.

L'auteur dissèque le kyste, résèque la portion d'intestin adhérente, longue de 7 pouces, et fait une suture soignée des deux portions d'intestin normal. Après la toilette de l'abdomen et du péritoine, le pansement de Lister est appliqué en ayant soin de maintenir un volumineux drain à l'angle inférieur de la plaie. La malade guérit au 19e jour, après avoir passé par des péripéties assez alarmantes.

Le second cas concerne une femme enceinte de trois mois environ, très probablement atteinte de gestation tubaire et qui présenta les signes d'une rupture de la trompe et d'une hématocèle énorme, mettant la vie immédiatement en danger (douleur subite, excessive, après des signes rationnels de grossesse, anémie, pâleur, collapsus instantané). Grâce à l'opium à haute dose, les applications permanentes de glace, l'immobilisation absolue, la guérison finit par survenir H. R.

X. — Femme de 38 ans, ayant eu six accouchements antérieurs dans de bonnes conditions. Devient enceinte en juillet 1883; vers le mois de décembre, douleurs d'expulsion, comme pour l'accouchement; issue de nombreux caillots de sang; cessation des douleurs. Vers le 20 décembre, tuméfaction au niveau de l'ombilic, ouverture spontanée d'une fistule laissant couler une grande quantité de liquide citrin, puis du pus.

Quand l'auteur est appelé auprès de la malade (janvier 1884) il la trouve dans un état de débilité profonde, amaigrie, épuisée par des sueurs profuses, consumée par la fièvre hectique. Le ventre présente les apparences de l'abdomen vers le dernier tiers de la grossesse; on sent une tumeur avec saillies irrégulières; l'auscultation est négative. L'orifice fistuleux conduit dans un petit cul-de-sac. L'auteur, en raison des commémoratifs, pensa à une grossesse extra-utérine.

Vers la fin de janvier, l'orifice de la fistule s'agrandissait en effet et laissait couler une grande quantité de liquide jaunâtre. Puis au-dessous de l'ombilic se faisait une ouverture large d'un poing par laquelle furent éliminés les débris putréfiés d'un fœtus.

A la suite, et sans grands soins, car on ne fit appeler à nouveau le médecin que pour l'accident ultérieur, l'état général s'améliora rapidement.

Mais la malade, ayant voulu faire un effort dans son lit, fut prise de vomissements, douleurs, tous les signes d'un étranglement interne pour lequel M. Bouzol, tardivement mandé, dut faire un anus contre nature. Soulagement immédiat ; issue d'une quantité de matières.

Un mois plus tard l'anus artificiel était en voie de rétrécissement ; les matières reprenaient le cours normal, et au bout de 3 ou 4 mois, la cicatrisation était complète. La malade était guérie de ces deux graves accidents.

A. C.

DERMATOLOGIE.

Ueber die pathologische Bedeutung der Prurigo (Sur la signification pathologique du prurigo, par G. RIEHL (*Vierteljah. f. Derm. u. Syph., p.* 41, 1884).

Le prurigo (de Hebra) doit prendre place dans les cadres nosologiques à côté de l'urticaire chronique. Le rapprochement se justifie par l'affinité manifeste des élevures prurigineuses récentes avec celles de l'urticaire ; et par l'observation qui montre que les papules du prurigo sont précédées pendant longtemps chez les jeunes sujets par des poussées d'urticaire. L'étude anatomique faite sur des lambeaux cutanés, exempts de dermatite secondaire (lésions de grattage) conduit aux mêmes conclusions. Elle montre en effet l'intégrité de l'épiderme et du réseau de Malpighi. Dans le derme, les glandes annexes sébacées ou sudoripares sont respectées ainsi que les follicules pileux, les fibres musculaires et les cellules adipeuses. Une dilatation générale des vaisseaux sanguins et lymphatiques de la couche superficielle du derme, avec un peu d'œdème et d'infiltration cellulaire constitue, jointe à la présence de nombreuses cellules migratrices dans les saillies papuleuses, la lésion essentielle de la maladie. L'intégrité de l'épiderme et des follicules pileux différencie nettement cet état de l'eczéma et du lichen pilaire. L'auteur en déduit que les opinions d'Auspitz sont inacceptables. Quant aux lésions nerveuses indiquées par Leloir, elles sont le fait d'un mode défectueux de préparation, ce qui infirme l'idée émise par Cazenave et défendue par Leloir d'une lésion nerveuse primordiale, et justifie l'opinion de Hebra faisant de la papule la manifestation originelle du mal et de l'exsudat intra-papuleux, le point de départ des sensations prurigineuses par irritation des filaments nerveux.

H. DANLOS.

Ueber Prurigo, par J. CASPARY (*Viertelj. f. Derm. u. Syph., p.* 341, 1884).

L'auteur considère comme parfaite la description de Hebra sauf sur la question du pronostic moins grave que ne prétendait le médecin viennois. Pour lui les opinions dissidentes de Hebra fils et d'Auspitz ne sont pas légitimes. Le rôle des muscles pilaires est nul contrairement aux assertions de ce dernier auteur. Caspary en donne pour preuves: la production de la chair de poule par le froid chez les sujets atteints de

prurigo, le défaut d'action des injections d'atropine et des courants contenus forts ou faibles sur les papules; et enfin la structure de celles-ci. D'après lui, l'examen histologique des papules non encore altérées par la dermatite de grattage, montre qu'elles sont exclusivement constituées par la prolifération des cellules de la couche épineuse. La couche cornée de l'épiderme et tous les éléments du derme sont absolument normaux même les fibres nerveuses terminales. Le prurigo, avant toute complication inflammatoire secondaire, serait donc un acanthose pur ou une hyperacanthose. H. DANLOS.

Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature des érythèmes et de l'érythème polymorphe en particulier, par LELOIR (*Progrès médical*, 10 *janvier* 1885).

Leloir passe en revue toutes les formes élémentaires de l'érythème.

A. Simple rougeur ou macules; des coupes fines pratiquées perpendiculairement montrent : 1° une dilatation des vaisseaux du derme; 2° parfois un très léger degré de diapédèse des globules blancs, qui sont toujours accolés aux vaisseaux.

B. Dans un degré plus accentué, ce sont des taches accompagnées d'un léger épaississement de la peau, et formant une légère saillie; ici, es phénomènes d'exsudation sont constants; les vaisseaux sont entourés de véritables manchons de leucocytes extravasés, et gorgés d'hématies; il y a en même temps extravasation de quelques globules rouges et d'une partie du sérum coloré par l'hémoglobine.

C. Papules. Dans ces cas il y a hyperémie exsudative du derme et de l'hypoderme, mais surtout du derme; alors les leucocytes se rencontrent à une distance plus ou moins grande des vaisseaux, disséminés irrégulièrement ou disposés en amas; dans l'hypoderme, il y a les signes d'un œdème peu accentué; au niveau des papilles, on voit quelques cellules migratrices s'insinuer entre les cellules de la couche profonde du corps de Malpighi, et même jusque dans les plus superficielles. Assez souvent il existe une dilatation du nucléole d'un certain nombre de cellules du corps muqueux. Il y a toujours extravasation d'un nombre plus ou moins considérable d'hématies, soit isolées, soit disposées en amas, surtout dans les cas d'érythème à tendance hémorragique; on peut, dans ces derniers cas, rencontrer entre les vaisseaux conjonctifs des granulations jaune clair, anguleuses, qui proviennent de la matière colorante du sang.

L'œdème hyperémique se caractérise par la dilatation des espaces lymphatiques, sous forme de lacunes étoilées, revêtues d'une couche endothéliale, qui parfois desquament et peuvent contenir des caillots de lymphe; le liquide exsudé entre les mailles du tissu conjonctif contient rarement de la fibrine. — L'œdème périphérique comprimant les vaisseaux centraux donne naissance aux pomphi de l'urticaire.

D. Erythème tubéreux. Ici commence vraiment l'inflammation; les cellules fixes tendent à proliférer; le liquide exsudé contient souvent de la fibrine; ce sont, cependant, surtout les phénomènes d'hyperémie exsudative qui dominent. La diapédèse des globules rouges est en général très abondante.

E. Érythème vésiculeux et bulleux (herpès iris). Dans un premier degré, alors qu'il n'existe pas encore de phlyctène, on constate cependant que le corps de Malpighi est envahi par une grande quantité de cellules migratrices, qu'il existe en un mot un début d'altération cavitaire; en quelques points il y a un décollement entre les couches granuleuse et cornée; quand la bulle est bien formée, l'épiderme corné est soulevé en masse avec quelques parties du stratum lucidum, tandis que la couche granuleuse forme la paroi profonde. — En résumé, sous l'influence de l'hyperémie exsudative, les liquides extravasés, et un certain nombre de leucocytes tendent à pénétrer dans l'épiderme; cette pression de dedans en dehors tend à soulever en masse l'épiderme par place, mais ce soulèvement microscopique ne se fait que sur des espaces très limités (phlyctènes profondes avortées ou embryonnaires); plus avant, un certain nombre de cellules du corps muqueux présentent le début d'altération cavitaire (vésicules avortées). Enfin, un véritable clivement de l'épiderme se produit (phlyctènes superficielles). En général, le liquide de ces dernières phlyctènes est clair; parfois il est purulent, et alors le pus s'accumule dans les parties déclives. H. L.

Note sur trois cas d'érythème à diagnostic douteux, par BERBEZ (*Progrès médical*, 15 *novembre* 1884).

Obs. I. — E..., âgée de 23 ans, de constitution scrofuleuse, et atteinte de trichiasis pour lequel on lui arrache souvent des cils ou on cautérise le bord libre des paupières, présente en février, trois jours après une de ces opérations, les phénomènes suivants: elle sent tout d'un coup une chaleur insupportable à la face, et est prise d'étourdissements; peu à peu le cuir chevelu devient le siège d'une démangeaison insupportable; les points d'émergence des nerfs orbitaires deviennent comme des boutons électriques à irradiations douloureuses; le front, les pommettes, les joues, sont marbrés de taches rouges, qui bientôt gagnent les membres inférieurs, accompagnées de sensation de brûlure atroce; au bras, les rougeurs étaient plus marquées sur la face palmaire que sur la dorsale, de même pour les mains; quelques taches se formèrent sur le tronc; puis les cuisses se couvrirent de larges efflorescences rouges, et enfin les pieds, à la plante puis sur le dos. La malade, pendant cette crise, dont la durée fut d'une heure et demie, éprouvait une soif insatiable; l'accès fut suivi d'une abondante émission d'urine, et d'une euphorie accentuée.

Depuis, les accès revinrent tous les jours vers midi, pendant 3 semaines. Au mois de décembre 1882, une nouvelle excision du bord libre des paupières amena l'apparition d'accès fébriles franchement intermittents de midi à 1 heure 1/2, et qui se répétèrent quotidiennement pendant 2 mois. Au mois de janvier, un changement de pansement amena pendant 6 semaines les poussées érythémateuses; la température centrale n'était pas augmentée; les taches présentaient une élévation thermique de 6 à 8 dixièmes.

Obs. II. — Femme de 37 ans, ayant eu des accidents palustres dans la Bresse; atteinte de paraplégie, suite de mal de Pott; présente au moment de crises douloureuses des poussées érythémateuses généralisées, durant 2 heures, qui se sont reproduites pendant 6 semaines.

L'auteur rapproche ces deux cas des faits que Straus a étudiés sous le nom d'érythromélalgie. H. L.

Essentielle Exantheme (Auspitz). — Erythema multiforme und Purpura rheumatica. — Durch Schlundentzündungen hervorgerufen (Erythème polyforme et purpura rhumatismal consécutifs à des angines), par C. BŒCK (*Viertel jahrsch. f. Derm. und Syphil., p.* 481, 1883)

Dans ce mémoire, l'auteur rapporte trois observations destinées à mettre en relief les relations qui unissent certaines angines et notamment les angines folliculaires aux manifestations cutanées et articulaires de la diathèse rhumatismale. La première est un fait d'érythème multiforme développé au onzième jour d'une angine. Dans la seconde, le début de l'angine remontait à un mois quand apparurent les manifestations articulaires bientôt suivies de purpura. Durant l'intervalle, le malade était resté déprimé comme à la suite d'une grippe intense. Chez la troisième malade, l'angine se développa entre deux poussées d'érythème.

Discutant ensuite les rapports de l'angine et des autres manifestations, l'auteur se demande s'il faut y avoir la preuve d'un état infectieux ou un ensemble de lésions d'origine réflexe, ayant pour point de départ le pharynx. Celui-ci devrait le pouvoir de provoquer des lésions à distance à ses relations avec les centres vaso-moteurs et la moelle allongée, relations attestées par le nombre considérable des nerfs bulbaires qui se terminent ou se distribuent à la gorge. C'est à cette singulière interprétation qu'il semble se rattacher. H. DANLOS.

Dermite professionnelle spéciale (Eczéma des fileurs et des varouleurs de lin), par H. LELOIR (*Ann. de dermat. et de syphil., p.* 129, 1885).

L'affection, spéciale aux sujets qui travaillent le lin « à l'humide », frappe de trois à quatre dixièmes d'entre eux ; principalement ceux entachés de diathèse arthritique. Elle est symétrique et siège à la paume des mains. Sa localisation préférée est le niveau des faces adjacentes du pouce et de l'index ; elle peut exceptionnellement s'étendre aux avant-bras jusqu'aux coudes. C'est une dermite pouvant affecter toutes les formes de l'eczéma; mais principalement celle d'eczéma lichénoïde sec. Prurit constant, mais d'intensité variable; raideur de la main et des doigts. Pathogénie du mal : Les mèches de lin, avant d'être filées, sont placées dans un bac rempli d'eau très chaude (35°), destinée à retenir certaines impuretés et à faciliter le filage. Cette eau renferme, outre de nombreux microbes, le principe mucilagineux du lin transformé partiellement en acides butyrique et lactique (fermentation). Elle laisse sur les mains des ouvriers chargés de rattacher les fils qui cassent une sorte de couche visqueuse qui produit le mal. Le traitement curatif est celui de l'eczéma artificiel; comme moyen préventif l'auteur conseille l'usage des gants de caoutchouc ou le changement fréquent de l'eau des bacs. H. DANLOS.

Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen plan, par G. THIBIERGE (*Ann. de dermat. et de syphil., p.* 65, 1885).

Ces lésions peuvent précéder la lésion cutanée, l'accompagner ou lui survivre. Les malades ne s'en aperçoivent que par hasard, car elles ne

causent aucune douleur; simple sensation de rudesse à leur niveau. Dans la plupart des cas, la langue et la muqueuse des joues sont atteintes. Sur le dos de la langue, le mal se présente sous forme de taches blanches, irrégulièrement rondes et sans aucune saillie, isolées ou réunies en lignes parallèles aux bords de l'organe. Les papilles devenues plus rudes semblent diminuées d'épaisseur. Sur les joues, la lésion est formée par des papules acuminées d'un blanc pur ou même brillant, isolées ou réunies en plaques ou en séries linéaires. Au niveau des plaques et dans l'intervalle des papules la muqueuse est souvent érodée ou d'aspect cicatriciel. Siège de prédilection : portion la plus reculée de la joue près des dernières molaires; face inférieure de la langue, bord libre de la lèvre inférieure. Peut-être des causes irritantes locales (tabac, aliments épicés, dents cariées) favorisent-elles le développement du mal. Nature histologique des lésions inconnue; tendance constante à l'amélioration ou même à la guérison complète. H. DANLOS.

Zur Aetiologie der Psoriasis, par X... (*Vertelj. f. Derm. u. Syph., p.* 337, 1884).

Le psoriasis est de nature parasitaire. Le champignon, mycelium ou spores claviformes, offre bien les caractères décrits par Lang. Il pénètre dans l'économie avec les ingesta et atteint la peau par sa face interne en suivant les voies circulatoires. Aussi le trouve-t-on surtout dans les couches profondes de l'épiderme. De même son apparition à la racine ou à la partie moyenne de l'ongle, au-dessous de la couche cornée, s'explique ainsi beaucoup mieux que par une pénétration directe. H. DANLOS.

I. — Urticaria factitia, par G. BEHREND (*Berliner klinische Wochenschrift*, 6 *et* 13 *août* 1883).

II. — Ueber Dujardin-Beaumetz's « Femme autographique » und Urticaria facticia im Allgemeinen, par P. MICHELSON (*Idem*, 11 *et* 18 *février* 1884).

III. — Fall von Urticaria factitia, par LISSA (*Idem*, 7 *avril* 1884).

I. — La malade de Behrend présente des phénomènes identiques à ceux de la femme autographique de Dujardin-Beaumetz (*R. S. M.*, XVI, 608), mais sans être hystérique.

Dans la discussion, *Meschede* et *Caspary* déclarent avoir eu souvent occasion d'observer des faits semblables. Caspary a même reconnu que le phénomène persistait tout aussi intense chez un jeune homme qu'il avait chloroformé profondément.

II. — Michelson commence par rappeler que les troubles cutanés vaso-moteurs décrits par Dujardin-Beaumetz ont été signalés depuis longtemps, en particulier par W. Gull (*Guy's Hospital Reports*, 3e série, V), qui a même créé pour eux la désignation d'urticaire factice. Dans le premier cas qu'il avait observé, les éminences ortiées se produisaient localement, quand la personne se lavait avec une éponge ou mettait ses bas. *Heusinger* (*Virchow's Archiv*, XXXIX, 1867) a également rapporté l'observation d'un jeune paysan qu'on ne pouvait toucher nulle part, sans voir se produire le phénomène morbide. G. Lewin (*Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1877) explique les symptômes viscéraux de l'hystérie par une excitabilité analogue des nerfs vaso-moteurs de l'uté-

rus, du cerveau, de la moelle, ce qu'a d'ailleurs fait de son côté aussi Dujardin-Beaumetz.

Michelson relate ensuite cinq cas plus ou moins identiques, dont quatre chez des hommes. Chez tous ces malades, la peau irritée, par un instrument mousse, réagissait sous une forme rappelant tout à fait l'urticaire : efflorescences saillantes, blanches ou rouges, environnées d'une zone rouge, le tout durant quelques heures. Tous aussi offraient en même temps le phénomène de la chair de poule, ce qui indique une excitabilité simultanée des nerfs moteurs de la peau, que Gull considérait à tort comme l'élément essentiel. Il est vrai qu'il n'a jamais observé la coïncidence de l'urticaire factice et de l'urticaire spontanée, tandis que chez quelques-uns des malades de Michelson cette coexistence était très nette.

Le fait qui a paru le plus insolite dans l'observation de la femme autographique, c'est qu'il s'agissait de portions de téguments complètement anesthésiques. Mais Eulenburg vient justement de publier un cas d'hémianesthésie hystérique, dans lequel on provoquait très facilement l'apparition d'érythèmes et d'éminences ortiées du côté insensible.

III. — Le fait de Lissa concerne un jeune homme de 21 ans qui, venant d'avoir une urticaire, présentait encore dans les régions un peu serrées par les vêtements, pli du coude, nuque, des raies blanches. Chez lui, en effleurant la peau avec un instrument mousse ou avec l'ongle, on provoquait l'apparition d'une bande blanche environnée par une rougeur que le malade percevait comme une brûlure. Au bout d'une demi-minute, ces phénomènes disparaissaient en commençant par la rougeur marginale.

J. B.

Ueber Neuritis bei Herpes Zoster (De la névrite dans le zona), par A. DUBLER (*Arch. f. path. An. u. Phys. Band XCVI, Heft 2, p.* 195).

Le travail de Dubler présente un certain intérêt. L'auteur, après un historique complet de la question, rapporte deux observations personnelles de zona avec autopsies.

La première observation est celle d'une femme de 77 ans atteinte, un an et demi, avant sa mort d'un zona intercostal. C'était une tuberculeuse à l'autopsie de laquelle on trouva une périostite avec trois amas caséeux qui intéressaient les 6ᵉ, 7ᵉ, 8ᵉ et 9ᵉ nerfs intercostaux droits. A l'œil nu, ces nerfs étaient épaissis, rouges par places. Les lésions microscopiques de la névrite s'étendaient à la fois dans les deux sens, centripète et centrifuge. Les altérations portaient à la fois sur le tissu interstitiel, sur les tubes nerveux. Ces altérations se retrouvaient jusque dans le tissu adipeux sous-cutané d'une part, de l'autre, elles s'arrêtaient avant d'atteindre les ganglions spinaux et la moelle. Il se trouvait que précisément du côté gauche, côté opposé à celui où s'était développé le zona, le ganglion spinal du 9ᵉ nerf intercostal était malade.

La seconde observation est celle d'une femme de 71 ans qui, 3 mois avant de mourir d'une pneumonie gauche dans le cours d'une néphrite chronique, présenta un zona du côté droit. A l'autopsie on trouva une névrite des 9ᵉ et 10ᵉ nerfs intercostaux droits. L'altération se poursuivait comme dans le cas précédent, dans les plus fins rameaux musculaires et cutanés. Mais la névrite ascendante avait atteint la racine postérieure et le ganglion du 9ᵉ nerf inter-

costal. Le ganglion du 10e était resté sain. La cause de la névrite ne put être trouvée.

Dans les deux cas, l'éruption cutanée était exactement superposée aux branches cutanées malades. Pour savoir si le zona est dû aux lésions des rameaux cutanés ou à celles des ganglions spinaux, il recherche les diverses relations d'autopsies de zona; il cite des faits de Rayer, Danielssen, Esmarch, Bœrensprung, Charcot et Cotard, Schiffer et Wyss, Haight, Wagner, Weidner, Kaposi, Sattler, Chandelux, Lesser, Hebra. Il fait remarquer cependant qu'on ne peut tenir un compte absolu de ces relations d'autopsies. En effet, tantôt l'examen a été fait à l'œil nu, tantôt les examens microscopiques un peu superficiels n'ont pas porté sur toutes les branches des nerfs intercostaux, et pour les gros troncs sur toute l'épaisseur du nerf. Rarement les nerfs de la peau ont été examinés.

Se fondant donc sur ses deux observations, il croit qu'elles ne sont pas à l'appui de l'hypothèse de la trophonévrose mais qu'elles démontrent que le zona est dû à la névrite des filets cutanés. Dans ses deux autopsies, les filets sensitifs n'étaient pas seuls altérés, les filets moteurs l'étaient également ; cela permet d'expliquer la production des paralysies dans le cours du zona.

Puis il étudie quelles sont les causes qui peuvent produire le zona. S'appuyant sur les observations d'auteurs divers qu'il a réunies, il établit six ordres de causes : 1° traumatismes; 2° propagation d'inflammations du voisinage; 3° empoisonnements (vapeurs de charbon surtout); 4° maladies infectieuses; 5° rhumatisme; 6° cas spontanés qui sont probablement des cas dans lesquels la cause est restée inconnue. P. GALLOIS.

Contribution à l'étude du pemphigus épidémique, par COLRAT (*Revue de médecine, p.* 935, 10 *décembre* 1884).

Ce mémoire contient l'exposé d'une petite épidémie observée à la Charité de Lyon. Quatre enfants furent ainsi contaminés. Sur chacun d'eux, les bulles pouvaient être reproduites par auto-inoculation. Le liquide contenu dans les bulles renfermait, indépendamment des globules blancs, une infinité de micro-organismes en 8 de chiffre ; jamais l'auteur n'a rencontré les bactéries signalées par Déjerine dans un cas analogue. Ce microbe en 8 de chiffre a pu être cultivé et isolé ; il s'est reproduit avec les mêmes caractères jusqu'à la troisième génération. L'inoculation aux animaux n'a pas donné naissance à des bulles de pemphigus, mais à un décollement de l'épiderme contenant un liquide louche dans lequel on retrouvait les mêmes micro-organismes. C. GIRAUDEAU.

Sclérodermie d'abord symétrique, puis disséminée, précédée au début par des phénomènes d'asphyxie des extrémités, par A. MATHIEU (*Revue de médecine, p.* 180, 1884).

J..., 49 ans, a présenté des accès de fièvre intermittente qui ont pris le type tierce et n'ont duré que pendant une quinzaine de jours. A toujours été bien portant depuis cette époque. Il y a quatre ans, se sont montrés des phénomènes d'asphyxie des extrémités digitales. Ses doigts s'engourdissaient, devenaient violacés, froids. Au bout d'un mois, il se fit de la gène marquée

des mouvements; les doigts étaient raides, la peau était déjà devenue lisse et dure. Depuis cette époque, la rétraction de la peau s'est de plus en plus accentuée, et les doigts se sont trouvés complètement immobilisés. Plus tard se sont montrées des taches blanches à la partie supérieure de la poitrine.

Actuellement, les doigts sont rigides, durs comme du bois; la peau est indurée et collée fortement sur les parties profondes. Les extrémités digitales sont volumineuses, hippocratiques, pâles, livides, froides. Les ongles sont recourbés en griffes. Il existe de petites dépressions cicatricielles arrondies, trace de poussées pustuleuses survenues à plusieurs reprises. Les doigts sont fléchis sur la main et les différentes articulations participent à cette flexion. La peau est brunâtre, fortement pigmentée, avec des taches blanches, décolorées. On retrouve une coloration pigmentaire, brunâtre, foncée sur l'abdomen, le tronc, la face, la base du cou et les avant-bras. Au centre même de cette tache pigmentaire se trouvent des plaques sclérodermiques blanches, qui rappellent l'aspect des cicatrices; elles sont en apparence légèrement déprimées. Les mouvements de l'épaule sont très difficiles. Les orteils sont violacés, livides, froids, sans induration ni rétraction évidente.

GIRAUDEAU.

Ueber das Keratoma palmare et plantare hereditarum (**Kératome héréditaire palmaire et plantaire. Étude sur la kérato-nosologie**), par **P. G. UNNA** (*Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, *p*. 231, 1883).

Il s'agit d'une affection localisée à la plante des pieds et à la paume des mains qui peuvent être frappées ensemble ou séparément. Essentiellement héréditaire, elle paraît se transmettre par descendance directe et non collatérale, sans pouvoir sauter une génération et sans que le sexe ait sur sa transmission une influence appréciable. Elle débute dans les premiers mois de l'existence, peut-être même dans les premiers jours, sous la forme d'une zone de coloration rouge bleuâtre entourant, comme un anneau irrégulier d'injection vasculaire, la plante des pieds et la paume des mains. Plus tard, l'épiderme s'accumule dans la partie injectée et en même temps que la lésion s'accentue dans la zone périphérique, le mal fait concentriquement des progrès. A la période d'état, quand la maladie existe depuis des années, l'injection périphérique n'existe plus et la lésion se présente sous la forme d'un épaississement épidermique, d'autant plus considérable que les soins hygiéniques de la peau sont plus négligés. Dans certains cas, le mal se réduit à cette hyperkératose; dans d'autres, il peut produire des fissures dans les plis palmaires et plantaires, du suintement, du prurit, de l'exfoliation épidermique, en un mot un ensemble de symptômes simulant le psoriasis ou l'eczéma palmaire. Des onctions répétées avec une solution éthérée d'acide salicylique au dixième, solution additionnée d'un peu de substance grasse, amènent une amélioration et non une guérison définitive.

L'auteur n'a pu trouver dans la science qu'un travail se rapportant à cette singulière affection. C'est la thèse de Thost (*Heidelberg* 1880) : *Sur l'ichthyose héréditaire palmaire et plantaire*. Unna critique comme absolument impropre la dénomination d'ichtyose. Il invoque, à l'appui de son opinion, la consistance ferme de l'épiderme accumulé, sa transparence, l'absence habituelle d'exfoliation (sauf complications inflammatoires), la limitation brusque du mal en dehors par un bourrelet saillant, la conservation de la sueur et le siège dans des régions que l'ichthyose respecte

toujours. Se lançant ensuite dans une digression théorique sur le mécanisme intime des dermatoses épidermiques, il critique la classification d'Auspitz en acanthoses (lésion des cellules épineuses) et hyperkératoses (lésion des cellules cornées); ou plutôt trouve que les diverses affections y ont été rangées d'une façon très arbitraire, témoin l'ichthyose qui doit, suivant lui, être séparée des durillons, verrues, etc., et rapprochée du psoriasis. A la suite de longues et très hypothétiques considérations sur le processus de prolifération épidermique et de kératisation, il groupe les kératonoses en trois familles.

1° Les *acanthoses* ou mieux acanthomes, dont la lésion essentielle est une prolifération exubérante des cellules épineuses complétée à titre accessoire par une résistance anormale des cellules cornées. C'est dans cette classe ne comprenant que des lésions circonscrites (condyloma acuminatum, verruca, tyloma, claws, fibro-acanthoma cornificans) que l'auteur fait rentrer le kératome palmaire et plantaire comme une variété du cornu cutaneum.

2° Les *hyperkératoses*, lésions diffuses dépendant de désordres chroniques dans le système circulatoire et pouvant déterminer de place en place des troubles par rétention dans les follicules. Elles comprennent : l'acné (spontanée ou artificielle), le lichen folliculaire, certaines cicatrices; et des affections dans lesquelles aux lésions précédentes se joint une prolifération épithéliale exubérante : acné hypertrophique, épithéliome cicatriciel).

3° Les parakératoses ou kératolyses, affections diffuses ou en placards disséminés; caractérisées comme les précédentes par de l'hyperkératose avec plus ou moins de prolifération épithéliale; lésions combinées ici avec une exfoliation anormale de la couche cornée ; et une diminution de l'activité sudorale. C'est dans cette classe que l'auteur place l'ichthyose à côté du psoriasis, du lichen ruber, du pityriasis simple ou rubra, de la séborrhée sèche. H. DANLOS.

Mittheilung eines Falles von Xanthelasma planum und tuberculosum multiplex par EICHHOFF (*Deutsche med. Woch.*, n° 4, 1884).

On n'a pas encore signalé le xanthelasma avant l'âge de huit ans. Voici un cas remarquable où le début a été noté à l'âge de deux mois :

L'auteur observe, au mois de septembre 1881, une petite fille de dix-huit mois, atteinte de *taches hépatiques.* La mère raconte qu'à la naissance la peau était absolument nette et que l'affection a débuté à l'âge de deux mois.

Sur toute la surface cutanée, mais spécialement sur le dos et les extrémités, aussi bien du côté de l'extension que de la flexion, et sur le cuir chevelu, on voit un grand nombre de taches et de nodules jaune paille ou brun clair, variant des dimensions du grain de mil à celles de la pièce de dix pfennigs, à surface tantôt lisse, tantôt ridée. Rien aux paupières. L'enfant est bien développée et paraît saine. Pas d'affection hépatique.

L'examen histologique d'un lambeau cutané excisé par Doutrelepont à Bonn a fourni des résultats analogues à ceux de Virchow, Kaposi, Chambard : néoformation de tissu conjonctif et accumulation de granulations graisseuses, tandis que les glandes sébacées, contrairement aux assertions d'Erasmus Wilson et d'Hebra, sont indemnes. L'auteur n'a pas trouvé les micro-organismes de Balzer.

La seule cause à invoquer est l'hérédité ; l'auteur a vu, en effet, l'arrière grand-père de l'enfant qui est atteint depuis la plus tendre enfance, de xanthelasma. La mère porte des nævi pigmentaires.

L'auteur a suivi sa jeune cliente : il a employé inutilement une longue série de topiques ; à l'âge de 3 ans 1/2, nulle modification n'est survenue.

L. GALLIARD.

Recherches sur les caractères anatomiques du xanthelasma, par F. BALZER (*Archives de physiologie*, 30 *juin* 1884).

Il y a de grandes différences entre les divers cas de xanthelasma : dans les uns, la production de tissu fibreux semble le fait fondamental ; dans les autres, l'élaboration de matières grasses paraît la lésion dominante, au moins à une certaine époque de l'évolution de l'affection ; dans d'autres enfin, les lésions du tissu élastique semblent l'emporter sur toutes les autres. A cette dernière catégorie se rattachait le fait étudié dans le travail que nous analysons.

Les plaques xanthélasmiques cutanées étaient, en effet, constituées par de la matière élastique provenant des fibres élastiques normales du derme qui, après s'être hypertrophiées, s'étaient fendillées et segmentées. La désagrégation de la substance élastique atteignait également les fibres des parois vasculaires et jusqu'aux appareils élastiques des poils et des glandes sudoripares.

Les plaques xanthélasmiques cardiaques présentaient les mêmes altérations du tissu élastique ; elles contenaient de plus des cellules xanthélasmiques qui avaient englobé un grand nombre de grains et de fragments élastiques.

Les granulations que renferment les cellules xanthélasmiques doivent donc être considérées non comme des microbes, mais comme des grains élastiques résultant de la régression des fibres élastiques, et englobés par le protoplasma des cellules du tissu conjonctif, comme le sont les corps pulvérulents introduits dans ce tissu.

A. GILBERT.

Observations et recherches sur l'érythrasme et sur les parasites de la peau à l'état normal, par BALZER et DUBREUILH (*Ann. de dermat. et de syphil.*, *p.* 597, 1884).

Travail composé de deux parties. Dans la première, les auteurs complètent la description de l'erythrasma, insistent sur ses affinités avec l'intertrigo et sur ses caractères cliniques. Indolence absolue, siège dans les plis de flexion, surface chamois, café au lait ou rougeâtre, comme saupoudrée de farine, surtout si on la frotte, sèche ou un peu humide ; finement plissée, d'aspect moiré, donnant au toucher une sensation onctueuse comme le talc ; plaques terminées par un contour très net. Le parasite siège exclusivement dans la couche cornée de l'épiderme et il ne diminue pas l'adhérence comme fait le pityriasis versicolor. (Pas de copeaux épidermiques ; quelques squames seulement par le grattage.) Ces masses sporulaires occupent la surface libre de l'épiderme ; les nombreux tubes de mycelium s'y enfoncent et pénètrent entre les cellules jusqu'au voisinage de la couche claire du corps muqueux.

Dans la deuxième partie, Balzer et Dubreuilh essayent une classification des parasites de la peau à l'état normal et en font deux groupes.

1° *Parasites de la sueur*. Parmi eux on peut distinguer au moins deux espèces distinctes, les zooglées rouges ou incolores observées dans l'aisselle des sujets atteints de sueur colorées (voir *Revue* XXV; 253) et le parasite de l'érythrasma qui, d'après les observations de Bizzozero vérifiées par les auteurs paraît exister normalement dans la région inguino-scrotale et les espaces interdigitaux des orteils. Il n'y existe d'ailleurs qu'en petite quantité et le mycelium toujours rudimentaire ne prend jamais le développement qui, chez les sujets prédisposés, conduit à l'erythrasma.

2° Parasites des matières grasses. Ils rangent sous ce nom les diverses variétés de spores de Malassez (pityriasis, pelade), dont le développement leur semble favorisé par le sebum qui constituerait pour elles un excellent milieu de culture.

H. DANLOS

Sur le mycosis fongoïde, par FABRE (*Gaz. méd. de Paris*, nos 5, 6, 7, 35, 1884).

Des observations qu'il rapporte et de l'étude qu'il a faite du mycosis fongoïde, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Cette maladie se caractérise autant, sinon plus, par l'étrangeté de la marche que par la nature des lésions.

D'une durée habituellement longue, puisqu'il met généralement plusieurs années à parcourir les diverses phases de son évolution, le mycosis a toujours abouti à une terminaison fatale, à l'exception d'un cas, qui paraît avoir définitivement guéri.

On peut, dans la succession des symptômes, reconnaître quatre périodes, quelquefois bien distinctes, mais le plus souvent empiétant l'une sur l'autre :

1° Une période initiale, caractérisée par l'apparition sur la peau, en poussées successives, de taches congestives, simulant l'urticaire ou l'érythème papuleux, ou encore de l'eczéma au début de l'éruption;

2° Une période lichénoïde, présentant des papules persistantes à démangeaison très vive, accompagnée d'insomnie ;

3° Une période de transition, dans laquelle l'éruption de lichen coïncide avec la présence de plaques indurées d'un rouge brun, et avec d'autres altérations cutanées d'aspect très varié, puis surtout avec l'apparition des premières tumeurs néoplasiques, parfois aussi avec l'engorgement des ganglions lymphatiques ;

4° Une période de cachexie; les tumeurs mycosiques se multiplient, s'ulcèrent à la surface, se mettent à suinter; quelques-unes s'affaissent, disparaissent même sans s'être ulcérées, mais il s'en produit de nouvelles; une diarrhée colliquative, une anémie globulaire de plus en plus marquée, rarement de la leucocythémie, un affaiblissement progressif, surtout de la fièvre hectique, tels sont les symptômes précurseurs de la mort.

OZENNE.

Recherches sur la nature du lupus vulgaire, par LELOIR (*Progrès médical*, 4 *octobre* 1884).

Pour conclure à l'identité de la tuberculose et du lupus, il faut prouver

que ces deux affections sont absolument comparables, au point de vue de la clinique, de l'anatomie pathologique, des inoculations expérimentales, et enfin des micro-organismes.

Cliniquement, deux affections de même nature peuvent ne pas présenter la même symptomatologie ; le lupus peut être considéré comme une tuberculose primitive, et par suite différer de la tuberculose secondaire de la peau. Il est prouvé aujourd'hui que les lupeux deviennent plus souvent phtisiques que les autres malades, et peuvent être enlevés par la tuberculose miliaire aiguë, généralisée. Cependant on ne peut être absolument affirmatif. Leloir rapporte de plus avoir obtenu un cas de lupus ayant envahi les os de la face (os du nez, maxillaire supérieur et palatins).

L'anatomie pathologique montre l'identité morphologique du lupome et du tuberculome.

Les recherches de nombreux savants ont prouvé que le tubercule seul engendre le tubercule. — Or, les expérimentations pratiquées avec des inoculations de lupus, soit dans le péritoine, soit dans la chambre antérieure, ont donné en moyenne à Leloir une fois sur trois une tuberculose miliaire généralisée, inoculable en série, et bacillaire. — On sait d'autre part que le lupus inoculé sous la peau donne des résultats négatifs. Leloir a réussi deux fois sur cinq à obtenir des tuberculoses localisées, en insérant sous la peau du ventre d'un lapin un morceau de lupus accolé à un lambeau d'épiploon hernié destiné à le nourrir ; il admet que l'on peut à volonté, en inoculant des fragments de lupus dans certaines conditions expérimentales, produire tantôt une tuberculose généralisée, tantôt une tuberculose localisée, pendant un certain temps du moins.

Leloir n'a trouvé de bacilles que dans un seul cas sur onze, et un seul sur douze coupes : il admet, en s'appuyant sur l'absence habituelle des bacilles, sur l'inconstance de la réussite des inoculations, sur la longue durée qui s'écoule entre l'opération et l'apparition des tubercules, que si le lupus est une tuberculose locale, c'est une tuberculose atténuée ; il rapproche le lupus des tubercules fibreux. En résumé, on ne peut affirmer que le lupus vulgaire soit toujours une tuberculose cutanée localisée primitive : peut-être sous ce nom comprend-on deux affections distinctes dans leur essence, bien que semblables dans leur objectivité. Certains lupus sont peut-être des manifestations tardives de la syphilis héréditaire, sorte de produit dégénéré de la vérole simulant le lupus scrofulo-tuberculeux vrai. H. L.

Le lupus et son traitement, par E. BESNIER (*Ann. de dermat. et de syphil., janvier* 1885).

Besnier comme Doutrelepont, Leloir etc., et pour des raisons de même ordre, considère le lupus comme lié à la tuberculose du derme. Sous le rapport thérapeutique il préconise dans les formes circonscrites les cautérisations interstitielles. Dans les lupus très étendus principalement ceux du visage, il préfère cependant la cautérisation par l'acide pyrogallique (dermite artificielle suppurative et substitutive).

Les surfaces lupiques sont badigeonnées avec un pinceau trempé

dans de l'éther saturé d'acide ou reçoivent une pulvérisation faite avec la solution éthérée. Dans les deux cas la surface se couvre instantanément d'une couche blanche d'acide à laquelle on superpose une couche de traumaticine. Les jours suivants une forte vésication se produit suivie de suppuration et d'une cicatrice lisse. Une seule application est souvent suffisante; au besoin on réitère jusqu'à ce que tout foyer du lupus ait disparu de la cicatrice.

Ce traitement convient surtout au lupus de Willan; pour le lupus de Cazenave, l'électro-cautérisation interstitielle reste la méthode thérapeutique par excellence. H. DANLOS.

Die Actiologie des Lupus vulgaris, par DOUTRELEPONT (*Viertelj. f. Derm. u. Syph., p.* 289, 1884).

Le lupus vulgaire est une des formes de la tuberculose cutanée; telle est la théorie que l'auteur défend dans ce mémoire. Il base son opinion sur les travaux de Koch, Friedlander, Besnier, Martin..., ainsi que sur ses propres expériences et observations. Dans 26 cas de lupus, il a 25 fois trouvé le bacille caractéristique. Sur trois malades récemment atteints et indemnes de toute médication topique, le parasite se montrait en grande quantité. Les essais d'inoculation (chambre antérieure de l'œil, cavité péritonéale) lui ont également donné des résultats positifs. Quant aux différences d'aspect signalées par tous les auteurs, entre la tuberculose vraie de la peau et le lupus, Doutrelepont les compare à celles qui existent entre les syphilides cutanées et les explique par l'état de l'organisme au moment de leur évolution. Il ajoute que la phtisie termine souvent l'existence des lupeux; quinze de ces malades sur trente-cinq lui ont signalé la tuberculose chez leurs ascendants et enfin qu'il a pu constater plusieurs cas de transmission héréditaire du lupus.

H. DANLOS.

Ueber Lupuscarcinom (Sur le carcinome lupique), par SCHÜTZ (*Monats. für prakt. Dermatologie, mars* 1885).

Le carcinome peut, comme l'a montré Lang, se développer dans des cicatrices de lupus ou dans le tissu de lupus en pleine efflorescence. On ne saurait s'étonner que les cicatrices de lupus deviennent le point de départ d'un cancer puisqu'il en est parfois de même des cicatrices consécutives à un traumatisme ou à une ulcération banale. C'est ainsi qu'il n'est pas très rare de voir une néoplasie carcinomateuse naître d'une cicatrice consécutive à une brûlure de la face ou à un ulcère de la jambe; le fait est seulement plus fréquent pour les cicatrices de lupus, sans doute parce qu'elles irritent plus que les autres les tissus épidermiques qui les entourent.

Les néoplasies épidermiques que l'on peut constater dans le lupus en activité sont également secondaires. L'épiderme est intact au niveau des nodules récemment développés : lorsque l'affection devient ancienne, cette membrane s'amincit le plus souvent et disparaît par places; mais il peut arriver au contraire que ses cellules se multiplient; il se fait alors une néoformation dont le développement est facile en présence d'un tissu

friable et peu résistant comme l'est celui du lupus. On peut voir les prolongements inter-papillaires du corps muqueux s'étendre en profondeur et aussi vers la surface et former des masses considérables ; ils peuvent prendre l'apparence de productions papillaires et le lupus ainsi modifié est souvent désigné sous le nom de *lupus papillomateux*. Si en même temps la tumeur revêt un aspect corné et s'il s'y développe des globes épidermiques, on la rapproche à juste titre des épithéliomes, et si les épithéliums se disposent en agglomérations tubulaires, on ne peut plus douter qu'il ne s'agisse d'un véritable carcinome en même temps que d'un lupus ; la tumeur est devenue *hybride*. Peut-être cependant diffère-t-elle du cancer par sa bénignité relative ; dans deux cas dont l'auteur rapporte l'observation, l'ablation du néoplasme a été suivie d'une guérison complète. Ces tumeurs évoluent comme des lupus et non comme des carcinomes. H. HALLOPEAU.

Die Aetiologie und Pathologie der Lepra, par A. HANSEN (*Viertelj. f. Derm. u. Syphil., p.* 317, 1884).

La lèpre, sous ses deux formes anesthésique ou tuberculeuse, n'est nullement héréditaire. Les présomptions en faveur de l'hérédité ne sont pas soutenables, et sont susceptibles d'une explication différente. En faveur de cette appréciation l'auteur invoque divers arguments : la fréquence de la lèpre en Norwège est telle dans certains milieux que l'on pourrai y voir une influence de race, et, si cette vue était exacte, la tare héréditaire devrait s'affirmer avant l'apparition des lésions spécifiques par des signes de dégénérescence. Or il n'en est rien ; la race des paysans dans les districts envahis est forte, vigoureuse, et avant l'âge où ils sont frappés, les lépreux en général jouissent d'une excellente constitution. La découverte du bacille et sa présence constante (dans la forme tuberculeuse du moins) fait présumer l'origine bactérienne du mal. Bien que la preuve directe soit impossible à faire; il est infiniment probable que la lèpre n'a d'autre origine que l'infection et la contagion; modes de propagation favorisés par la malpropreté des habitants et la vie en commun des lépreux avec les sujets sains dont ils partagent le lit et la nourriture (habitude des lits communs, usage des mêmes cuillers, etc.). En outre, les lépreux dissimulent très longtemps, grâce à sa chronicité, leur maladie. A l'appui de ces considérations, l'auteur montre en s'appuyant sur des statistiques que, depuis la création des asiles des lépreux, la propagation du mal a subi une rétrocession remarquable. H. DANLOS.

Ein Fall von Akne varioloformis universalis mit tödlichem Ausgange (Sur un cas d'acné varioliforme généralisé terminé par la mort), par GRÜNEWALD (*Monatsch. für praktische Dermatologie, mars* 1885).

On décrit actuellement sous le nom d'acné varioliforme deux affections cutanées bien distinctes : l'une, celle de Bazin, est constituée par de petites éminences ombiliquées et d'une couleur se rapprochant du blanc de cire, comme demi-transparente sur les bords de l'ombilic; l'autre, celle des Allemands, est une forme d'acné dont les pustules rappellent par leur aspect les efflorescences de la variole ; elle a pour siège les glandes

sébacées. C'est à tort, croyons-nous, que l'auteur applique cette même dénomination à un cas dans lequel les glandes de la peau sont restées intactes et où la maladie, après s'être généralisée, a entraîné la mort, car il a différé aussi bien par ses lésions histologiques que par sa marche clinique des véritables acnés. En voici l'histoire résumée :

En décembre 1883, le malade remarque quelques papules à la partie externe de ses deux cuisses; elles sont le siège d'un vif prurit. Bientôt elles se multiplient, gagnent le bas-ventre, puis s'étendent peu à peu à toute la surface du corps ; le prurit est tellement vif que le malade ne peut reposer ni jour ni nuit (caractère étranger à l'acné); il entre à l'hôpital le 2 octobre 1884. Il présente sur la plus grande partie du corps une éruption de papules dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois ; leur couleur est d'un rouge pâle ou bleuâtre, leur consistance ferme; elles se détachent nettement des parties saines; elles ne sont pas douloureuses à la pression, mais elles deviennent parfois le siège de vives démangeaisons ; elles portent à leur sommet une croûte mince, d'un gris brunâtre; quand on la détache, il s'écoule une goutte d'un liquide séreux trouble. Ces papules sont confluentes au niveau du thorax et de l'abdomen ; elles sont abondantes aux membres supérieurs, particulièrement sur la face palmaire de l'avant bras, dans l'aisselle et autour du coude, leurs caractères sont modifiés dans cette région, en ce sens qu'elles sont plus petites, plus dures, moins colorées et non recouvertes de croûtes. C'est au niveau du dos et des extrémités inférieures qu'elles sont le moins nombreuses. On voit à la partie externe des cuisses des taches blanchâtres, arrondies et entourées d'un étroit bord brunâtre qui représente les traces de papules effacées. L'urine contient une petite quantité d'albumine. Des frictions avec la pommade chrysophanique à 1/10 amènent une dermatite bulbeuse.

Les jours suivants, l'éruption continue à faire des progrès; elle envahit la nuque et la face où elle occupe surtout les plis naso-labiaux; le front reste indemne jusqu'à la terminaison fatale qui survient le 19 décembre. L'examen microscopique montre que les papules se sont développées aux dépens du corps papillaire et de l'épiderme qui le recouvre ; leurs éléments se sont multipliés; les néoformations épidermiques se disposent en travées circonscrivant des espaces sphériques dans lesquels se trouve inclus le tissu conjonctif des papilles; ces espaces sont très nettement limités par une ou plusieurs couches de cellules d'épithélium cylindrique colorées en brun par des granulations plus ou moins fines. La couche profonde du revêtement épidermique présente une ou plusieurs couches de cellules cylindriques fusiformes qui se confondent peu à peu avec les cellules cubiques du réseau normal de Malpighi. Il semble que les altérations de l'épiderme soient essentiellement liées à la multiplication de ces éléments de transition qui viennent s'accumuler entre l'épiderme et le corps papillaire. Celui-ci est également en voie de prolifération ; les follicules pileux, non plus que les glandes sébacées, ne participent aux altérations.

L'auteur s'appuie pour donner à cette maladie le nom d'acné varioliforme sur l'analogie qu'ont présentée au point de vue clinique les papules qui la caractérisaient avec les boutons de la variole et aussi sur un certain degré de ressemblance entre les lésions anatomo-pathologiques ; il montre qu'il ne peut s'agir d'un acné cachectique; il n'y avait d'autre trouble concomitant qu'une albuminurie peu considérable et passagère, les reins n'ont présenté à l'autopsie que de légères altérations.

C'est une maladie *sui generis;* elle a été fort grave chez ce sujet puisqu'elle a entraîné la mort en un an. H. HALLOPEAU.

De l'emploi du naphtol dans quelques affections cutanées, par P. SOMBRET (*Thèse de Paris*, 1883).

L'auteur résume ainsi les avantages du naphtol :

1° Les préparations sont inodores et ne colorent ni les téguments ni le linge ;

2° Par l'emploi du naphtol manié avec les précautions indiquées par Kaposi, il n'a observé ni phénomènes d'intoxication (albuminurie, coloration des urines), ni inflammation vive des téguments ;

3° Dans la gale, le naphtol est un excellent parasiticide, et exerce de plus une action modificatrice très favorable sur les éruptions concomitantes ;

4° Dans la pédiculose, il est efficace sans danger et d'un maniement facile ;

5° Dans le psoriasis, aucun résultat satisfaisant ;

6° Dans le prurigo de Hebra, le naphtol fait disparaître rapidement le prurit et influence heureusement les éruptions; mais pas plus que les autres médicaments il n'exerce d'action curative.

Ces conclusions sont basées sur un certain nombre d'observations prises dans le service de Besnier.

Le médicament a été employé aux doses et sous les formes pharmaceutiques indiquées par Kaposi. H. DANLOS.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Syphilis und Pseudo-syphilis, par A. COOPER (*In*-8°, 334 *pages*, *London* 1884).

Dans cet ouvrage sont traitées toutes les questions, symptômes, étiologie, prophylaxie, traitement qui se rattachent à la syphilis acquise ou héréditaire; mais pour être complet sans cesser d'être court, l'auteur a dû se borner, surtout pour l'étude des lésions viscérales, à l'indication des points principaux. De nombreuses allusions aux travaux des syphiligraphes anglais et étrangers montrent une connaissance approfondie des questions à l'ordre du jour ; la personnalité s'affirme par quelques propositions au nombre desquelles les suivantes : Cooper ne croit pas à l'existence d'un virus spécial au chancre simple (!) non plus qu'à l'efficacité de la méthode abortive par excision ou cautérisation du chancre initial. Il donne, des variétés d'aspect de celui-ci, une explication au moins ingénieuse. Si, dit-il, le germe syphilitique s'inocule mélangé à des produits irritants (pus ou liquide puriforme), l'accident primitif aura le caractère d'une lésion phlegmasique et suppurative (ulcération profonde, sécrétion abondante, etc.); si, au contraire, le poison spécifique est suspendu dans un liquide inoffensif, on aura le minimum de lésion primitive (papule ou nodule). Sous le rapport thérapeutique, Cooper est partisan d'un traitement mercuriel prolongé pendant six mois et suivi d'une ou plu-

sieurs cures trimestrielles séparées par des intervalles de cinq à six semaines ou plus. Comme moyen prophylactique, il insiste sur l'utilité d'une surveillance sanitaire des prostituées, et constate qu'en Angleterre, dans les villes où sous l'influence des règlements sanitaires la vérole avait diminué de fréquence et de gravité, la maladie a repris ses anciens caractères depuis que des scrupules de sensiblerie humanitaire ont fait renoncer à ces mesures salutaires. H. DANLOS.

I. — Die Syphilis bacillen, par LUSTGARTEN (*Wien. med. Jahrbücher, Heft* 1, *p.* 89, 1885).

II. — Ueber Bacillen bei Syphilis, par DOUTRELEPONT et SCHÜTZ (*Deustche med. Woch.*, *n°* 19, 1885).

I. — Le bacille de la syphilis ayant échappé jusqu'ici aux observateurs, l'auteur a jugé nécessaire d'inaugurer une méthode nouvelle.

Il excise une syphilide et fait durcir le fragment dans l'alcool absolu, puis pratique des coupes qu'il plonge dans la solution de violet de gentiane d'Ehrlich-Weigert (100 parties de solution aqueuse d'aniline, 11 parties de solution alcoolique concentrée de violet de gentiane); elles y sont maintenues pendant 12 à 24 heures à la température de la chambre, puis pendant deux heures à une température de 40°.

Pour décolorer les coupes, l'auteur les plonge d'abord pendant dix secondes dans une solution aqueuse de permanganate de potasse à 1/2 0/0 (elle s'y chargent de bioxyde de manganèse), puis dans une solution aqueuse d'acide sulfureux pur. Le peroxyde de manganèse se change en oxyde, l'acide sulfureux en acide sulfurique ; il en résulte du sulfate de manganèse. Les coupes, partiellement décolorées par ce premier traitement, sont lavées à l'eau distillée puis replacées successivement dans les deux liquides à trois ou quatre reprises différentes, pour que la décoloration soit complète. A la fin on les déshydrate dans l'alcool, on les éclaircit dans l'essence de girofle, puis on les monte dans le baume de Canada.

Même procédé pour la recherche des bacilles dans les humeurs; même coloration, mêmes réactions successives du permanganate de potasse et de l'acide sulfureux.

Les bacilles de la syphilis ressemblent, à première vue, à ceux de la tuberculose. Ce sont des bâtonnets tantôt droits, tantôt plus ou moins courbes, tantôt brisés ou en forme d'S. Leur longueur varie de 3 1/2 μ. à 4 1/2 μ., l'épaisseur de 1/4 μ. à 3/10 μ. généralement colorés en bleu foncé, ils restent aussi quelquefois bleu pâle. A un faible grossissement, on voit leurs contours lisses et réguliers; leurs extrémités offrent de légers renflements. A un fort grossissement, on peut se convaincre qu'au lieu d'offrir une régularité absolue, les contours présentent quelques ondulations et quelques dépressions ; on voit aussi qu'ils portent des spores. Ces spores, au nombre de deux à quatre dans un bacille, se manifestent sous forme de taches ovales, claires, brillantes.

Les bacilles n'existent pas à l'état de liberté. On les trouve seulement dans de grandes cellules lymphoïdes, deux fois plus volumineuses que les globules blancs du sang, qui méritent le nom de migratrices. L'auteur en a vu une en effet, sur la coupe d'un condylome, au milieu des

cellules dentelées du corps muqueux de Malpighi ; il en a observé deux, sur une autre coupe, dans la lumière d'un vaisseau lymphatique. Ces cellules contiennent d'un à huit bacilles. Peu nombreuses au milieu des tissus malades, elles se réunissent en groupes sur les bords des foyers d'infiltration syphilitique et dans les zones avoisinantes, saines en apparence, ou peu altérées.

L'auteur a trouvé les bacilles caractéristiques sur les coupes dans dix cas de chancres, papules et gommes. En outre il les a vus dans les sécrétions fournies par les chancres ou papules de six sujets. Sur les préparations colorées, il trouvait d'abord une foule de micro-organismes très variés et très dissemblables au milieu desquels les éléments spécifiques ne pouvaient guère se distinguer. C'est seulement après la décoloration que ceux-ci persistaient avec les caractères décrits plus haut. L'auteur n'a pu les retrouver, en dehors de la syphilis, dans un grand nombre de préparations de lésions diverses ; il les a cherchés vainement sur des coupes de chancres mous. Il se croit donc autorisé à affirmer la découverte du bacille de la syphilis.

Ce bacille n'a pas encore été trouvé dans le sang. L'auteur pense que le virus se propage surtout par la voie des lymphatiques.

II. — Les auteurs ont fait une première communication au congrès de Bonn, le 15 décembre 1884, sur les bacilles de la syphilis, semblables à ceux de la lèpre et de la tuberculose par leurs formes et leurs dimensions, mais se distinguant par la fixation du violet de gentiane.

Ils donnent ici les détails de leur technique. Les fragments durcis dans l'alcool absolu sont ramollis dans l'eau, puis coupés sur le microtome à congélation. Les coupes sont plongées dans une solution de chlorure de sodium à 1/2 0/0, puis dans l'alcool absolu, et enfin elles restent 24 ou 48 heures dans une solution aqueuse de violet de gentiane au centième.

La décoloration s'effectue dans une solution d'acide nitrique faible à 1/15 pendant quelques secondes puis dans l'alcool faible. Les coupes, violet pâle, sont placées alors dans une solution aqueuse de safranine où quelques minutes suffisent pour leur donner une couleur rouge foncé ; puis on les décolore dans l'alcool. Elles sont enfin montées dans le baume de Canada.

Les bacilles apparaissent colorés en bleu, les tissus et surtout les noyaux sont rouge clair. Ces bacilles ont été trouvés dans deux chancres, deux condylomes, une papule et une gomme. Ils sont absolument identiques à ceux qu'a figurés Lustgarten. L. GALLIARD.

Ueber einige inoculations resultate von Sklerosen auf dem Träger (Quelques résultats d'auto-inoculation de chancres indurés), par PONTAUPIDAN (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, p. 566, 1883).

Les auto-inoculations faites avec le chancre syphilitique à l'époque où son induration est encore douteuse, réussissent souvent. Après une incubation de deux à trois semaines on voit alors se développer au niveau de la piqûre, qui n'avait pas donné de résultat immédiat, une petite papule dont l'apparition précède celles des symptômes généraux, et atteint plus ou moins vite en s'indurant la grandeur d'un pois pour disparaître au moment de l'évolution des lésions généralisées. L'auteur rapporte trois ob-

servations de ces papules d'inoculation, qu'il considère comme des chancres abortifs arrêtés dans leur évolution par l'infection générale.

H. DANLOS.

Réinfection syphilitique, par ZAEOLCTSKY (*Mediz. Obozrenie*, n° 21, 1884).

Un paysan, âgé de 22 ans, traité par l'auteur pour une syphilis, se présente dix-huit mois plus tard à l'hôpital, porteur de chancres indurés typiques, remontant à cinq semaines, avec lymphite indurée du pénis, adénite inguinale et cervicale, roséole sur l'abdomen. L'auteur ne met pas en doute qu'il s'agisse d'une réinfection syphilitique. A. C.

Ueber Syphilis hœmorrhagica Neonatorum, par Eduard PETERSEN (*Viertelj f. Dermat. u. Syphil.*, p. 509, 1883).

Etude critique dont la conclusion est que le type morbide décrit par Behrend sous le nom de *syphilis hemorrhagica neo-natorum* ne relève pas toujours de la vérole et qu'il y a lieu de n'admettre l'interprétation de cet auteur qu'avec beaucoup de réserve; car les hémorragies chez les nouveau-nés syphilitiques peuvent se produire indépendamment de la syphilis. A l'appui de son dire, Peters rapporte un cas personnel réalisant au complet le type de Behrend et dans lequel l'autopsie montra que les hémorragies relevaient d'une pyhémie, liée elle-même à une phlébite suppurée infectieuse (nombreux microbes) de la veine ombilicale. H. DANLOS.

Beobachtungen über den Befund des Auswurfs syphilitischer Lungen erkrankung (Examen des crachats dans la syphilis pulmonaire), par KŒNIGER (*Deutsche med. Woch.*, n° 50, 1884).

L'auteur a fait par centaines des examens de crachats de phtisiques. Dans six cas, les bacilles de Koch faisaient défaut, mais les préparations présentaient les particularités suivantes : après coloration par la fuchsine et le bleu de méthyle, au lieu de bacilles de Koch (colorés en rouge), on trouvait des amas de bacilles colorés en jaune rouge, allongés, minces, droits ou légèrement recourbés, deux fois plus longs que les bacilles de Koch, et deux fois moins larges.

Or, sur les six malades dont les crachats contenaient ces bacilles, deux étaient de vieux syphilitiques, atteints d'affections pulmonaires déjà anciennes ; deux offraient les signes de la syphilis tertiaire ; chez deux enfin il était impossible de découvrir les traces de la syphilis.

Ces bacilles n'ont pas été retrouvés dans les crachats d'autres phtisiques : ils paraissent donc susceptibles d'être rapprochés de ceux de Lustgarten. L. GALLIARD.

Zur Kasuistik der Lungensyphilis, par RÉTHI (*Wien. med. Presse*, n° 52, 1884).

Un maçon de 41 ans se présente, le 25 septembre, à la policlinique de Schnitzler. Il a été atteint, il y a 8 ans, d'éruptions cutanées et d'angine à la suite d'une blennorrhée; deux ans plus tard il avait au nez un nodule qui

s'ouvrit et laissa une cicatrice profonde. L'année suivante, ulcération à la verge avec adénites inguinales. Ces renseignements ne laissent pas de doute sur la syphilis. Le sujet raconte en outre qu'ayant eu d'abord quatre enfants bien portants dont le plus jeune a 11 ans, il en a perdu six depuis onze ans, à l'âge de deux à six mois ; sa femme a fait de plus deux fausses couches. Il porte des ulcérations au coude, et les deux clavicules sont tuméfiées. On trouve une cicatrice brillante à la paroi postérieure du pharynx ; une autre à la base du pilier postérieur droit.

Le larynx offre des lésions multiples (le sujet est enroué depuis neuf mois): rougeur de l'épiglotte et de toute la muqueuse laryngée ; ulcération du bord de l'épiglotte à gauche, de la muqueuse des aryténoïdes, des cordes vocales. Submatité aux deux sommets, avec diminution du murmure vésiculaire et expiration prolongée ; souffle à la partie moyenne à droite ; expiration prolongée en bas. On ne trouve que deux bacilles dans les préparations de crachats.

L'auteur diagnostique : syphilis et tuberculose combinées du larynx et du poumon. Iodure de potassium, inhalations de sublimé, emplâtre mercuriel sur les ulcères du coude.

29 septembre. Les signes constatés au tiers moyen du poumon droit se sont atténués ; l'épiglotte a meilleur aspect.

4 octobre. Le gonflement de la muqueuse du larynx diminue, les ulcérations se limitent.

21 octobre. Les ulcérations laryngées ont disparu presque complètement. Les plaies du coude sont guéries. Aux poumons, il ne reste plus qu'une légère submatité des sommets. — L. GALLIARD.

Leçons sur la période pré-ataxique du tabes d'origine syphilitique, par A. FOURNIER (*Paris*, 1885 *ou* 1884).

M. Fournier a étudié avec beaucoup de soin et avec un grand luxe de détails les symptômes si variés sous lesquels peut se révéler le tabes, avant que survienne de l'incoordination motrice. Beaucoup de ces symptômes sont de connaissance relativement récente. Il en est même, comme ceux qui se développent du côté de l'appareil auditif, dont il était à peine fait mention dans la littérature médicale, avant la publication du livre de M. Fournier ; c'est de ceux-là surtout que nous nous occuperons dans cette analyse.

Après avoir justifié la division possible de l'évolution du tabes en deux périodes, une période pré-ataxique et une période ataxique, M. Fournier étudie, dans autant de chapitres : le tabes à début vésical, le tabes à début génital, le tabes à début cérébral, le tabes à début auditif, le tabes à début paraplégique, le tabes à début gastrique ou intestinal, le tabes à début laryngé, le tabes à début trophique ; enfin, un dernier chapitre est consacré à l'étude des réflexes tendineux et pupillaires dans la période pré-ataxique du tabes.

Pour les troubles auditifs, survenant au début du tabes, M. Fournier les a rencontrés chez 13 malades, et chez la plupart ils sont entrés en scène à l'exorde même du tabes dorsalis. Ils consistaient essentiellement en une altération, variable comme degré, des facultés auditives, à laquelle s'associent, comme phénomènes de moindre importance, des sensations subjectives, des bruits auriculaires et du vertige.

Les altérations des facultés auditives débutent par une dureté de l'ouïe ; celle-ci commence tantôt d'une façon insidieuse pour évoluer avec

lenteur, tantôt s'établit avec brusquerie, succédant à un *ictus* congestif, à une attaque apoplectiforme. Voici d'ailleurs les caractères que M. Fournier attribue à la surdité tabétique : elle se distingue par ses progrès rapides, par sa tendance à la bilatéralité, par son intensité excessive, par son incurabilité habituelle ; enfin, par l'absence de toutes lésions auriculaires appréciables sur le vivant.

Ces altérations auditives s'accompagnent de bourdonnements d'oreille (bruits musicaux) et d'accidents vertigineux comparables au vertige *ab aure læsâ;* il en résulte une triade symptomatologique qui reproduit la maladie de Ménière sous une forme adoucie et mitigée. M. Fournier conclut qu'il n'est pas impossible que le syndrome de Ménière prélude, dans certains cas, aux autres symptômes du tabes.

Ce chapitre du livre de M. A. Fournier sur les troubles auditifs ajoute, en somme, des documents nouveaux à l'histoire déjà si riche de la symptomatologie du tabes. Le chapitre qui suit et qui traite des troubles parétiques ou paralytiques des membres inférieurs à la période pré-ataxique du tabes, contient également beaucoup de nouvelles données. Pour ce qui concerne les manifestations paralytiques (paralysies motrices), M. Fournier se met en opposition formelle avec la grande majorité des neuro-pathologistes. Il était convenu jusqu'ici que les accidents de paralysie sont exceptionnels dans les cas de tabes, qu'ils ne frappent que des muscles ou des groupes de muscles isolés, et que, quand dans le cours du tabes on observe une paralysie plus étendue, une hémiplégie ou une paraplégie, on se trouvait avoir affaire à une complication. M. A. Fournier est d'un avis contraire : « Sans être communs, dit-il, les troubles parétiques ou paralytiques qui se produisent dans les membres inférieurs, au cours de la période pré-ataxique du tabes, sont loin d'être rares. » Si jusqu'ici on ne s'en est que fort peu occupé, cela tient, d'après M. Fournier, à ce que les accidents de paralysie motrice cadraient mal avec les idées qui ont cours sur la pathogénie du tabes. Bref, M. Fournier pose en fait qu'il n'est pas rare qu'à des étapes diverses de la période pré-ataxique du tabes, il se produise des *parésies* des membres, sous forme de courbature, d'affaiblissement, de débilité musculaire de ces membres, parésies presque toujours passagères, se terminant par résolution spontanée. Plus rarement des paraplégies véritables font invasion au cours de la période pré-ataxique du tabes. Ces paraplégies, variables comme degré, sont plus stables, mais néanmoins curables ; elles sont sujettes à récidives, comme aussi elles peuvent disparaître complètement, auquel cas les symptômes ultérieurs d'ataxie ne leur sont que consécutifs, sans y être associés d'une façon contemporaine. Ou bien encore, elles ne se dissipent qu'incomplètement, et alors l'invasion des symptômes ataxiques se fait au cours des symptômes paraplégiques.

Nous n'entrerons pas dans le détail des autres chapitres, qui ne renferment que des notions cliniques déjà connues. Nous ferons seulement remarquer, à propos du dernier (réflexes rotuliens à la période pré-ataxique), que, seul entre les auteurs qui dans ces dernières années ont fait connaître les résultats de leurs observations sur l'état des réflexes tendineux chez les tabétiques, M. Fournier admet qu'au cours de la période initiale du tabes, il peut exister une *exagération*, parfois très accentuée du *réflexe rotulien.*

Le grand nombre d'observations intéressantes relatées dans l'ouvrage, les qualités de style et le talent d'exposition qu'il y déploie rendent très attrayante la lecture de son livre, qui contribuera à vulgariser le diagnostic du tabes, affection si polymorphe à ses débuts, et si souvent méconnue. E. RICKLIN.

Quelques faits de névralgie syphilitique, par DIFFRE (*Thèse de Montpellier*, 1884).

L'auteur rapporte quatre observations dans le but de montrer que trop souvent on oublie que la syphilis peut être la cause de névralgies. Ces névralgies résistent d'ordinaire à tout traitement, mais cèdent très rapidement à l'action du mercure. Le sirop de Gibert, et la liqueur de Van Swieten produisent de très bons effets dans les cas de névralgies syphilitiques rebelles et dont la nature diathésique a été méconnue, ou volontairement cachée.

La première observation de Diffre est très intéressante à ce point de vue. Il s'agit d'un tic douloureux de la face datant de 12 ans chez un homme ayant eu antérieurement la syphilis. Combat pensa que le peu de succès des traitements antérieurs tenait peut-être à ce que le tic douloureux était sous l'influence de la syphilis. Les phénomènes douloureux disparurent assez rapidement, en effet, sous l'influence de la liqueur de Van Swieten.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une cuisinière de 26 ans, qui, niant tout antécédent syphilitique, souffrait d'une névralgie trifaciale horriblement douloureuse. Malgré ses dénégations, Combat institua le traitement antisyphilitique après que les médications ordinaires n'eurent donné aucun résultat. Le succès ne se fit pas attendre, et la malade avoua, après la guérison, avoir eu deux ans auparavant un chancre suivi de plaques muqueuses. A. MOSSÉ.

De la curabilité de l'artérite syphilitique par LEUDET (*Union médicale*, 14 *octobre* 1884).

X., âgé de 53 ans, a présenté en 1878 des accidents manifestes de syphilis secondaire rapidement guéris par le traitement mixte. Vers le milieu de 1882, il remarque qu'il devient triste, perd la mémoire, et éprouva des douleurs vagues dans les membres; au mois d'août les os de la face deviennent douloureux (KI 2 à 5 grammes).

Le 10 octobre, il présente au niveau de la tempe gauche, dans un point qui était récemment devenu le siège de douleurs lancinantes, une augmentation marquée de volume et de consistance de la branche frontale antérieure de l'artère temporale superficielle; elle forme un cordon long de 25 millimètres, à consistance uniforme, se terminant brusquement; le volume du tube vasculaire est doublé; les battements à ce niveau sont affaiblis, puis disparaissent le 20 octobre. Aucune trace d'épaississement ou d'athérome sur les autres artères. D'octobre à février 1883, l'état de la branche oblitérée reste stationnaire: même dureté; même suppression des battements; douleurs vives dans la tête; vertiges.

En avril 1883, il accuse dans la région temporale droite des douleurs analogues à celles de la tempe gauche, une branche frontale antérieure de la temporale superficielle à direction transversa le s'indure sur une longueur de 3 centimètres; au bout de trois semaines, cette artère est oblitérée et privée de battements. Vers la fin d'août, la dureté de cette artère diminue et en septembre on perçoit quelques légers battements; en octobre, l'artère du côté gauche se modifie dans le même sens; le 18 décembre 1883, l'induration a

totalement disparu dans les artères qui présentent la même souplesse, les mêmes battements que leurs voisines. En même temps, diminution notable des douleurs de la tête, des membres et des vertiges. L'artérite avait duré en tout 14 mois, malgré un traitement régulier et à hautes doses par l'iodure de potassium et ses congénères. H. L.

Ueber das Leucoderma syphiliticum, par A. NEISSER (*Viertelj. f. dermat. u. Syph.*, p. 491, 1883).

Ce travail destiné à vulgariser en Allemagne la connaissance de la syphilide pigmentaire n'est guère que la reproduction de nos descriptions classiques ; dont il se distingue toutefois au point de vue théorique. Pour l'auteur, cette syphilide n'est ni un vitiligo comme l'ont prétendu Bazin et Hardy ; ni une hyperchromie, comme le veut Fournier. Elle se caractérise essentiellement par un processus de décoloration partielle, précédé d'une pigmentation anormale et uniforme de la région. La décoloration se produit sous forme d'anneaux qui, primitivement développés autour des macules de la roséole, s'étendent peu à peu excentriquement de manière à figurer par leur rencontre des réseaux irréguliers.

L'origine de la lésion est la prolifération exubérante des cellules malpighiennes. Dans la première phase du mal, les nouvelles cellules épuisent en quelque sorte la provision de pigment et l'entraînent en totalité avec elles à la superficie de l'épiderme ; puis comme le sang ne suffit pas à réparer en temps utile cette consommation anormale du pigment ; quand l'exfoliation épidermique se produit ; les couches sous-jacentes apparaissent et demeurent décolorées jusqu'au rétablissement d'un mode normal de nutrition. H. DANLOS.

Beiträge zur Frage der Excision der syphilitischen Initial sclerose (Contribution de l'étude de l'excision du chancre syphilitique, par E. SCHIFF (*Viertelj. f. Dermat. u. Syphil.*, p. 510, 1883).

Ce travail est basé sur l'observation de trente-deux cas de chancre induré traités par l'excision. Le résultat, même en faisant une réserve nécessitée par l'optimisme de l'auteur, semble très remarquable. Sur six malades opérés avant le développement de l'adénopathie inguinale, aucun n'eut d'accidents secondaires. Sur seize individus déjà atteints d'adénopathie, trois eurent des accidents secondaires douteux ; onze des manifestations très légères ; deux seulement des syphilides graves et récidivantes. Cinq malades ont été perdus de vue ; les cinq derniers sont en observation depuis trop peu de temps pour permettre une affirmation. H. DANLOS.

Ueber einen Fall von weichem Schanker auf der rechten Mandel (Chancre mou de l'amygdale droite), par THOMASCHEWSKY (*Wien. med. Presse*, n° 34, 1884).

Le chancre mou de la gorge n'a pas encore été signalé. Voici une observation dont il faut laisser la responsabilité à l'auteur.

Un sujet est admis à la clinique de Kiew, avec le diagnostic : ulcérations syphilitiques de la gorge et du prépuce. L'auteur apprend que, quatre jours

après son dernier coït, il a observé sur le prépuce plusieurs petites ulcérations ; quelques jours plus tard, il s'est blessé la gorge avec un fragment d'os, en mangeant, et c'est depuis ce moment qu'il a un ulcère amygdalien.

L'examen du prépuce ne permet pas de conserver le diagnostic de syphilis : il y a là quatre chancres simples caractéristiques avec adénopathie inguinale; du reste, pas de manifestation cutanée. L'amygdale droite offre un ulcère ovale qui en occupe toute la surface et s'avance même jusqu'au point de jonction des deux piliers. Le fond est inégal, bourgeonnant, avec une membrane épaisse, gris jaune ; les bords sont peu saillants, entourés d'une zone inflammatoire. Rien à l'amygdale gauche ni sur les autres parties de la gorge.

On ne peut confondre cette ulcération ni avec l'ecthyma syphilitique profond, ni avec les gommes, ni avec le chancre induré. C'est là un chancre mou. On peut s'étonner qu'il soit isolé et qu'il n'y ait pas eu propagation du virus à différents points de la région. L'auteur admet l'auto-inoculation du malade, grâce à la plaie qu'a déterminée un fragment d'os.

Trois jours après l'entrée à l'hôpital, adénite sous-maxillaire à droite, douloureuse, avec tendance au ramollissement.

Pour confirmer le diagnostic, l'auteur inocule le produit de la sécrétion amygdalienne au bras du malade. Il pratique trois piqûres, dont deux fournissent des résultats positifs : deux chancres mous caractéristiques. Malheureusement le malade quitte l'hôpital trois jours après l'inoculation et l'observation s'arrête là. L. GALLIARD.

Beitrag zur Kenntniss der Gonorrhœ der weiblichen Genitalien, par E. BUMM (*Archiv für Gynækologie, Band XXVIII, Heft* 3).

L'auteur décrit trois espèces de diplococcus, qui ressemblent à celui de Neisser.

Le premier de 2,2 à 2,5 μ a été trouvé par Bumm et Bockhart dans les lochies, les ulcérations de la bouche, les crachats de la coqueluche. L'auteur a réussi à le cultiver et à l'inoculer sur les muqueuses de l'urètre, de la conjonctive du vagin ; il est éliminé sans produire de lésions; c'est un parasite des tissus morts.

Le second, beaucoup plus rare et qui a été trouvé dans les sécrétions vaginales, se distingue du gonococcus par sa grosseur. Il mesure 3,0 à 3,5 μ.

Le troisième se rapproche beaucoup plus du gonococcus par sa forme et sa dimension (2,2 à 2,6). L'auteur ne l'a trouvé que dans les lochies. Il diffère du gonococcus, en ce qu'il ne pénètre pas comme lui, entre les cellules vivantes et dans leur épaisseur; en ce que chaque demi-sphère ne présente pas de concavité sur les faces contiguës; de plus, l'intervalle qui sépare les faces contiguës est moins grand que dans le microbe de Neisser.

Le siège de la blennorrhagie chez la femme est le canal de l'urètre, le canal cervical et la cavité utérine. L'auteur n'admet pas la blennorragie vaginale (?) ; les signes inflammatoires que présente la muqueuse vaginale ne sont dus qu'à l'irritation produite par le contact du pus spécifique provenant du col.

Au bout de combien de temps la sécrétion utérine perd-elle son pouvoir contagieux ?

Dans deux cas observés par l'auteur, les microbes avaient complète-

ment disparu au bout de 6 et 8 mois. Mais il est des cas dans lesquels ils persistent très longtemps. H. DE BRINON.

Untersuchungen über den Gonococcus Neisser, par Oscar OPPENHEIMER (*Archiv für Gynækologie, Band XXV, Heft* 1).

L'auteur a examiné au microscope la sécrétion vaginale de la plupart des femmes qui ont été reçues à la clinique d'accouchement d'Heidelberg pendant les huit premiers mois de l'année 1883. Sur 108 femmes soumises à cet examen, 30, soit 27,77 0/0, présentaient avant l'accouchement des gonococcus dans la sécrétion vaginale. Jamais les microbes n'ont pu être décelés dans les lochies des femmes reconnues indemnes avant l'accouchement. Plusieurs fois, la quantité des diplocoques a diminué après l'accouchement sous l'influence des injections de sublimé; toutefois ces injections ne les ont jamais fait disparaître complètement. Dans quelques cas, sous l'influence d'une désinfection complète du vagin avec la solution à 5 0/0 de sublimé dans la glycérine, les microcoques ont entièrement disparu.

L'application à la clinique du procédé de Credé ne permet pas à l'auteur de comparer la fréquence de l'existence des diplocoques dans le mucus vaginal de la mère, avec le nombre des blennorrhées oculaires constatées chez les enfants à la même époque. Mais si l'on admet pour la fréquence des ophtalmies du nouveau-né le chiffre moyen de 12 à 13 0/0 qui ressort des statistiques d'Hausmann, d'Olshausen et d'autres auteurs, la proportion de 27 0/0 trouvée par l'auteur chez les mères ne paraît pas exagérée, car il est vraisemblable qu'une partie des enfants échappe à la contagion, soit par suite de l'occlusion parfaite des paupières, soit par suite de l'issue de la tête couverte des membranes ou peu après le passage du liquide amniotique, etc.

La seconde partie de ce mémoire est consacrée à une série d'expériences entreprises en vue de déterminer les conditions dans lesquelles vit le micrococcus de Neisser et les agents qui peuvent entraver ou arrêter complètement son développement.

L'auteur n'a réussi à obtenir des cultures pures qu'avec le sérum de sang stérilisé et coagulé d'après la méthode de Koch et à une température de 37 à 39° C. Il a pu constater que les cocci ainsi cultivés ne diminuent pas de dimension comme l'affirme Neisser, et qu'ils supportent la dessication pendant plusieurs semaines, sans perdre leur vitalité. Certaines substances ajoutées au sérum sanguin avant sa coagulation le rendent impropre à la culture. Tels sont en première ligne l'iodoforme, la créosote, l'acide phénique, le thymol, les acides benzoïque, salicylique; à un degré moindre, le benzoate de soude, l'acide borique; le sublimé en solution à 1 0/0 et le calomel en poudre ne diminuent en rien la végétation du microbe; ce que l'auteur attribue aux combinaisons qui se produisent entre ces corps et l'albumine du sérum.

Pour étudier l'action directe des agents chimiques sur le microbe de la blennorragie, l'auteur a employé le procédé suivant : lorsque les colonies de cocci avaient atteint un diamètre de 5 centimètres, il laissait tomber sur elles des fils de soie stérilisés à 150 ou 160°; les cocci adhéraient aux fils de soie, ainsi qu'il était facile de s'en convaincre avec

le microscope; il faisait alors tremper pendant dix minutes les fils recouverts de microbes dans les liquides à expérimenter et les reportait sur des verres remplis de sérum coagulé; puis, pendant six ou sept jours, il venait chaque jour constater l'état des cultures; le contrôle était facile à faire avec des fils non soumis aux agents chimiques.

Cette dernière série d'expériences comprend :

1° Les métaux durs. La plupart de ces substances, telles que l'acétate de plomb, le sous-nitrate de bismuth, l'alun, les sulfates de zinc, de cuivre et de fer, le chlorate de zinc, n'ont aucune action sur les cocci au degré de concentration où elles peuvent être appliquées sur les muqueuses sans produire d'effet caustique. Le perchlorure de fer (solution à 29 0/0 de la pharmacopée allemande) détruit les cocci. Le nitrate d'argent en solution à 2 0/0 retarde leur développement; résultat qui concorde bien avec les effets cliniques obtenus par la méthode de Credé. Les sels de mercure présentent dans cette catégorie le maximum d'activité. Le sulfate et le nitrate en solution à 1/15,000e, le sublimé en solution à 1/40,000e retardent déjà le développement des colonies : les deux premiers sels en solution à 1/10,000e et le troisième en solution à 1/20,000e tuent complètement les parasites.

2° Les alcalis et métaux légers, même en solutions concentrées, sont complètement impuissants pour détruire les micrococci. Tels sont le chlorure de sodium, le bromure de potassium, le chlorure de potassium, le chlorure de chaux, le nitrate, le chlorate et le permanganate de potasse, l'eau de Javelle et la liqueur de Labarraque. Les eaux chlorées, bromées et iodées font exception et sont très actives contre les micrococci.

3° Parmi les substances organiques considérées comme antizymotiques, les solutions faibles d'alcool méthylique et éthylique, d'éther sulfurique, de glycérine et de chloroforme sont sans action sur les cocci; la résorcine en solution à 5 0/0 et le tannin en solution concentrée sont absolument inefficaces. L'acide phénique ne commence à agir qu'à la dose de 5 0/0. Les solutions aqueuses concentrées d'acide salicylique et de thymol sont inefficaces; l'action des solutions alcooliques est peut-être due à l'alcool. Parmi les dérivés du benzol, le plus violent poison contre les cocci est la créosote; une goutte de créosote sur 20 parties d'eau suffit pour les tuer. La térébenthine est un puissant agent destructeur, mais le copahu et le cubèbe n'ont aucune action directe.

L'auteur admet qu'en passant dans l'économie ces substances donnent naissance à des dérivés qui jouissent d'une action nocive pour les gonococci : c'est ainsi que l'urine d'une femme grosse qui avait reçu à deux reprises 1 gramme de copahu stérilisait les fils de soie; tandis que l'urine non chargée des mêmes principes médicamenteux s'est constamment montrée inefficace. H. DE BRINON.

Le microbe de la blennorragie, par de PEZZER (*Ann. des maladies des organes génito-urinaires, février-mars-avril* 1885).

Ce mémoire résume les travaux récents publiés sur la question depuis Neisser (1879) jusqu'aux dernières recherches de Constantin Paul et de son élève Chameron, y compris les remarquables monographies de Bokaï, Eklünd, Weiss, Petrone, Bockhardt, Sternberg, Welander, etc...

Tout d'abord, l'auteur nous fournit des renseignements techniques sur la manière de recueillir, chez l'homme et chez la femme, le pus blennorragique que l'on va soumettre à l'examen microscopique, ainsi que sur les différents procédés de coloration qui doivent être préférés. Puis, il étudie les caractères du microbe, son siège dans les divers éléments anatomiques et la valeur séméiologique de sa présence.

Les cultures et les rares inoculations du gonococcus, tentées jusqu'à ce jour, sont ensuite exposées et appréciées dans leurs résultats.

Enfin arrivant à la question du traitement, de Pezzer passe en revue successivement les différents antiseptiques, tels que le nitrate d'argent, le permanganate de potasse, le sulfate de quinine, le sublimé, appliqués à la destruction du microbe et, par suite, à la guérison de la blennorragie. R. JAMIN.

Ueber Affectionen des Vas deferens, par NEUMANN (*Soc. des méd. de Vienne, 4 avril* 1884).

L'auteur s'occupe des altérations du canal déférent dans ses portions inguinale et pelvienne, altérations consécutives à l'urétrite.

Il cite deux exemples d'inflammation de la portion inguinale :

Dans le premier, il s'agissait d'un homme vigoureux qui se livrait au coït malgré l'urétrite dont il était atteint et qui présenta pendant trois mois un gonflement douloureux, limité à ce segment du canal déférent.

L'autre cas est moins simple : le segment funiculaire ou scrotal participe à la maladie. Un sujet de 24 ans éprouve de vives douleurs sur le trajet du cordon à droite et au niveau de l'épididyme ; au bout de trois semaines, tuméfaction douloureuse dans l'aine. On constate une tumeur fusiforme, grosse comme le pouce, s'arrêtant à l'anneau inguinal externe, se prolongeant du côté du testicule. Rien à l'épididyme ni à la prostate. Formation d'un abcès, incision, écoulement du pus. La plaie se ferme; la portion scrotale du canal déférent n'est pas gonflée dans sa totalité, mais reste dure et présente des nodosités en chapelet.

Les inflammations de la portion pelvienne ont été notées par l'auteur 16 fois sur 100 cas d'épididymite ; elles compliquent presque toujours celles des portions funiculaire et inguinale, mais dans trois cas la portion pelvienne était seule atteinte. Le volume du canal déférent variait des dimensions d'une plume de corbeau à celles du pouce. On sait que le toucher rectal permet de faire le diagnostic, puisque le dernier segment du canal déférent au voisinage de la prostate est accessible au doigt. La guérison a été constante, au bout de trois à huit jours. La résorption s'effectue donc ici plus rapidement que dans les autres segments de l'organe. Néanmoins le pronostic est sérieux, car l'oblitération du canal peut persister, avec ses graves conséquences, au point de vue de la fécondation.

Dans tous les cas d'épididymite, l'auteur conseille d'explorer par le toucher rectal la dernière portion du canal déférent. L. GALLIARD.

Le gonococcus et le traitement abortif de la blennorragie, par Domenico BARDUZZI (*Giorn. Ital. d. mal. veneree, novembre* 1884).

Barduzzi regarde le gonococcus comme l'élément producteur de la blennorragie et recommande dès le premier ou second jour de l'appari-

tion de l'écoulement d'employer la solution de sublimé (1 sur 3,000 ou 9,000 suivant la tolérance du sujet). Il injecte une demi-cuillerée à café de la solution dans l'urètre trois fois par jour. Dans 5 cas sur 6 ainsi traités, la maladie a cessé en quatre jours. A. C.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

I — Traité de pathologie externe, par POULET et H. BOUSQUET (*Vol. I et II, grand in-8° avec fig. Paris*, 1885).

II. — Précis de médecine opératoire, aide-mémoire de l'élève et du praticien, par LE BEC (*in-12, Paris*, 1885).

III. — Clinique et critique chirurgicales, par Paul RECLUS (*in-8° Paris*, 1884.)

I. — De grandes découvertes ont modifié de fond en comble dans ces derniers temps les doctrines chirurgicales, changé les procédés, les méthodes, en changeant aussi les résultats. D'autres modifications peuvent surgir au fur et à mesure des progrès de la science. Ce sont ces raisons qui ont déterminé les auteurs à nous donner un résumé impartial des travaux publiés en France et à l'étranger, et à le donner rapidement, pour n'avoir pas entre les premières et les dernières pages du livre un désaccord absolu. Je les féliciterai d'avoir su faire, dans une bibliographie fastidieuse, un choix heureux de documents, n'indiquant que les principaux, juste ce que l'on doit connaître pour posséder la question.

Le premier volume est consacré à la pathologie chirurgicale générale (inflammation, tumeurs) et aux maladies des tissus. Les derniers travaux sur les septicémies sont mentionnés avec soin et la tuberculose figure, pour la première fois dans un traité de chirurgie comme une affection virulente générale, susceptible de localisation dans divers appareils. Inutile de dire que la question des méthodes antiseptiques, des pansements est bien résumée.

Je mentionnerai d'une façon particulière le chapitre des affections osseuses traité avec beaucoup de soin, de détails, qui embrasse 250 pages de ce livre et en particulier le paragraphe de la tuberculose osseuse, sujet de pleine actualité. Les auteurs, médecins militaires, ne pouvaient moins faire que de s'étendre avec quelque complaisance sur les lésions par armes à feu; les accidents de cet ordre sont trop fréquents et trop nombreux, pour des causes diverses, pour que l'on ait le droit de s'en plaindre. Les perfectionnements des armes à feu, les modifications de la balistique remettent toujours en question la clinique de ces traumatismes spéciaux.

Le tome II, conçu dans le même esprit traite des maladies des régions, crâne, rachis, et les appareils si divers, œil, oreille, etc., pour s'arrêter aux affections chirurgicales de la poitrine inclusivement. A. C.

II. — L'auteur a eu pour but dans cet ouvrage de présenter des descriptions courtes, où il fût facile de trouver en quelques lignes les prin-

cipes nécessaires pour exécuter les opérations. Chaque phrase, on pourrait presque dire chaque mot de ce style spécial, concis, représente un acte chirurgical, et de très nombreuses figures placées en regard donnent une clarté très grande à l'exposition. Une nomenclature des instruments nécessaires à la pratique de chaque opération précède chaque chapitre.

Après une introduction consacrée à l'examen des pansements et des méthodes modernes, Le Bec étudie successivement les ligatures, les amputations, les résections, puis les opérations spéciales : arthrotomie, ostéotomies, transfusion du sang, syndacylie, etc. Citons comme très intéressantes les sections relatives à la gastrotomie et aux pratiques gynécologiques. L'auteur fait preuve sur tous ces points d'une érudition très grande et d'une parfaite connnaissance de tous les travaux modernes.

L. JULLIEN.

III. — En un volume de 600 pages, M. Reclus vient de réunir les différentes études, qu'il a publiées depuis plusieurs années dans divers recueils scientifiques : chacune d'elles a été revue, quelques-unes modifiées.

L'ouvrage comprend dix chapitres, dans chacun desquels on lit quelque œuvre personnelle. A l'étude critique des maladies constitutionnelles, des hybrides, depuis quelques années exposées par Verneuil, font suite un certain nombre d'affections ayant rapport aux os et aux articulations : les exostoses ostéogéniques, les hyperostoses consécutives aux ulcères de jambe, les luxations paralytiques du fémur sont exposées avec beaucoup de soin.

Dans les chapitres V et VI citons les pages qui traitent de l'épithélioma térébrant du maxillaire inférieur, et de l'extirpation des cancers de la langue.

Après une revue sur les progrès accomplis pour le traitement des hernies ombilicales et des affections des voies urinaires, l'auteur consacre un chapitre au testicule, ou plutôt à l'étude du fongus bénin et du traitement du testicule tuberculeux.

Quelques récents travaux sur le sarcocèle syphilitique lui inspirent une une discussion approfondie et un important chapitre sur ce que M. Reclus appelle la maladie kystique des mamelles, termine cette œuvre de chirurgie critique.

OZENNE.

I. — Sur les antiseptiques, par X... (*Bull. gén. de thérap.*, 30 *octobre* 1884).

II. — Du pansement ouaté et de son application à la thérapeutique chirurgicale, par Alph. GUÉRIN (*in*-12 *Paris*, 1885).

III. — Die physikalischen und chemischen Eigenschaften unserer Verbandmittel als Maasstab ihrer Brauchbarkeit (Les propriétés physiques et chimiques de nos matériaux de pansement comme critérium de leur valeur), par RÖNNBERG (*Arch. f. klin. Chir.*, *t. XXX*, *p.* 377, 1884).

IV. — Beitrag zur antiseptischen Wundbehandlung (Contribution à l'antisepsie), par BALSER (*Ibid.*, *Band XXIX*, *p.* 413 *et* 692).

V. — Ueber den Sublimatverband mit Holzwolle und das Princip des Trockenverbandes (Du pansement au sublimé avec la laine de bois et du principe des

pansements secs), par P. BRUNS (*Deutsche Gesellschaft* 1884, *et Arch. f. klin. Chirurgie, t. XXXI, p.* 92).

VI. — Ueber Sublimatwundbehandlung, par HOFMOKL (*Wien. med. Presse, n°* 16, 1884).

I. — L'auteur a entrepris des expériences pour déterminer la valeur microbicide des divers antiseptiques au point de vue chirurgical, en faisant ses recherches dans les conditions les plus rapprochées des conditions normales.

L'addition de 1/400 d'acide phénique à du bouillon de veau prévient tout développement des microbes; mais pour obtenir le même résultat dans le sang, il faut augmenter la quantité jusqu'à 1/250, et dans la chair musculaire jusqu'à 1/160. Cette différence de doses est encore plus frappante pour le sublimé, l'azotate d'argent et l'iode; le premier empêche la reproduction des germes dans le bouillon, à la dose de 1/13,300 et dans la chair à 1/500, l'azotate d'argent empêche à 1/10,000 dans le bouillon et à 1/225 dans la chair, et l'iode à 1/8,000 dans le bouillon et à 1/225 dans la chair.

Tous les antiseptiques sont beaucoup moins actifs dans le sang et dans la chair que dans le bouillon stérilisé et cette différence est d'autant plus accentuée que l'antiseptique est plus toxique. Cela tient sans doute d'une part à la coagulation des albumines au contact des agents chimiques introduits dans les milieux nutritifs avec lesquels ils forment des composés insolubles; la chair et le sang sont en effet plus chargés en albumine que le bouillon; d'autre part, il est possible à un certain degré que cette différence dépende du milieu nutritif même qui conviendrait mieux à la vie des microbes.

Quant aux bactéridies charbonneuses, la quantité d'antiseptique est toujours moindre pour les tuer que pour empêcher leur développement.

Si les bactéridies meurent très facilement au contact des agents chimiques, leurs germes offrent une remarquable vitalité. Les limites d'action des substances antiseptiques pour détruire les germes sont très éloignées de celles trouvées pour les bactéridies. Ainsi le sublimé ne détruit ces germes qu'à 1/8,000, dose cent fois plus forte que celle nécessaire pour les bactéridies. Pour obtenir les mêmes résultats avec l'azotate d'argent et l'iode, il faudra augmenter le premier de 20 fois et le second de 8 fois. Le thymol et l'acide phénique restent inactifs contre les germes; ils commencent à agir le premier dans la proportion de 1/100 et l'acide phénique de 1/12, quantité qui agit plutôt comme caustique. L'alcool n'a aucune influence sur les germes; soumis pendant vingt-quatre heures à son action et semés dans le bouillon, ils ne tardent pas à se reproduire.

B. FÉRIS.

II. — Ce volume, de 400 pages environ, est non seulement un traité du manuel opératoire du pansement ouaté tel que M. Guérin le comprend, mais encore un exposé des doctrines chirurgicales de l'auteur.

Revendiquant la paternité de la doctrine microbienne en chirurgie, M. Guérin voit en son pansement le plus sûr, sinon l'unique moyen d'empêcher les germes d'arriver à la plaie. Il affirme que, sous ce pansement, le pus n'acquiert jamais de mauvaise odeur et ne renferme jamais de microbes. Du reste, la ouate agit non seulement par la filtra-

tion de l'air, mais encore par la compression élastique qu'elle exerce sur les tissus et par la température constante qu'elle y entretient. La partie la plus déclive du pansement doit toujours être son extrémité libre. — Ce pansement, excellent comme moyen compressif dans le trai- de l'arthrite, est appelé à rendre les plus grands services en chirurgie d'armée.

L'auteur professe un profond dédain pour la statistique, c'est pourquoi il ne donne guère que des observations éparses et une statistique écourtée dans laquelle les grandes opérations sont malheureusement peu nombreuses et qui par conséquent est difficilement comparable aux grandes statistiques étrangères; peut-être même pourrait-on lui reprocher un peu de défiance non seulement vis-à-vis des étrangers, mais même des chirurgiens français qui ont adopté son pansement. Quoi qu'il en soit, la lecture de ce volume est pleine d'intérêt et confirme l'opinion depuis longtemps faite en France sur la valeur du pansement ouaté.

III. — Le nombre des matériaux de pansement augmente de telle sorte qu'il est nécessaire d'exiger d'eux certaines propriétés générales sans lesquelles ils doivent être repoussés; telles sont un pouvoir absorbant aussi grand que possible pour les liquides, une asepsie complète et une indifférence mécanique ou chimique absolue vis-à-vis de la plaie. La propriété à laquelle l'auteur accorde la plus grande importance est le pouvoir absorbant; en conséquence, à l'exemple de Neuber, de Walcher et de Fehleisen, il a cherché à déterminer expérimentalement la capacité d'absorption relative d'un certain nombre de matériaux de pansement pour un même liquide. L'expérience a consisté à mettre un poids déterminé de la matière dans une capsule remplie d'eau, à faire écouler l'excédent de liquide et à peser.

Rönnberg a trouvé de la sorte pour 1 gramme de matière les chiffres suivants : coton hydrophile, 25 grammes; mousse, 8^{gr},2; laine de bois, 10^{gr},6; sciure de peuplier, 7^{gr},3; sciure de sapin, 5^{gr},3; gaze, 9^{gr},6; jute, 7 grammes; cendres de coke, 2^{gr},1; coton de cellulose, 23 grammes; coton de bois, 15 grammes.

A l'aide d'un autre appareil, il a également déterminé la hauteur d'absorption d'un liquide mis au contact de la surface inférieure de la matière dans un tube à expérience, sous une pression constante; il a trouvé l'échelle d'absorption suivante : 1° coton de cellulose; 2° mousse humide; 3° coton de bois; 4° cendres de coke; 5° laine de bois de Walcher; 6° amiante; 7° charpie; 8° sciure de bois; 9° sable marin. La jute, l'étoupe et la tourbe sèche n'absorbent pas. Une substance n'est bonne pour les pansements qu'à la condition d'absorber 5 centimètres au moins de hauteur du liquide; seuls la sciure de bois, le sable et la tourbe sont au-dessous de cette limite.

L'absorption par les matériaux de pansement n'est qu'un phénomène de capillarité; elle est soumise aux lois physiques de la capillarité, c'est-à-dire qu'elle est d'autant plus grande que le calibre des capillaires est plus petit. Or, dans les substances en question, la capillarité résulte de deux conditions, à savoir la porosité propre de chaque parcelle de la substance (capillarité moléculaire) et le diamètre des espaces interparcellaires, qui dépend de la finesse de division de la substance (capillarité par agrégation). Le premier de ces facteurs est invariable, mais le

second est modifié par la pression, circonstance très importante pour les pansements; il faudrait déterminer pour chaque substance en particulier le degré de constriction minimum que doit exercer la bande sur le pansement.

L'auteur enfin, à l'aide d'une solution de gomme de la densité du sang et d'un appareil à niveau constant, a pu constater que sauf avec le sable et le coton hydrophile, il n'y avait pas à craindre la formation de grumeaux dans les substances en expérience.

La laine de bois, la sciure de bois, le coton de bois et le coton de cellulose sont en conséquence les matériaux qui offrent le plus de garanties de succès. Rönnberg décrit sommairement leur fabrication; il a pu se convaincre, en visitant les fabriques, que ces substances sont préparées avec une propreté absolue et qu'elles arrivent à être complètement aseptiques.

IV. — L'auteur publie les résultats qui ont été obtenus depuis 3 ans, par Bose, à la clinique chirurgicale de Giessen. Le pansement qui y est usité n'est autre que le pansement phéniqué humide de Bardeleben; seulement les compresses de gaze sont immergées pendant 12 heures dans une solution phéniquée à 3 0/0, puis, après leur application sur la plaie, recouvertes d'une épaisse couche d'ouate. Les résultats de ce pansement sont excellents. En effet, sur 49 grandes amputations ou désarticulations et 5 doubles amputations, au total 59 grandes opérations, pratiquées de 1880 à 1883, on ne compte que 3 morts, l'une de pyohémie à la suite de désarticulation de la hanche pour un sarcome du fémur, une autre de delirium tremens à la suite d'une fracture compliquée de jambe, le dernière de tuberculose pulmonaire à la suite d'une arthrite fongueuse tibio-tarsienne.

35 fractures compliquées, dont 21 de la jambe et 4 de la cuisse, traitées par la conservation, ont donné 34 guérisons. 2 fois seulement il fallut recourir à l'amputation secondaire, une fois dans une fracture de la jambe (mort de delirium tremens) et une fois dans une fracture du fémur avec hémorragie secondaire. 4 de ces fractures intéressaient les articulations.

Enfin 15 plaies pénétrantes articulaires, dont 4 du genou, également traitées par la conservation ont donné 15 guérisons. Voir l'original pour les observations.

V. — L'auteur emploie depuis 15 mois dans sa clinique le pansement au sublimé avec la laine de bois. Cette substance a été dans ces derniers temps très améliorée; elle est fine, blanche, spongieuse, très élastique, très absorbante et meilleur marché même que le jute et la mousse. Le pansement consiste à recouvrir la plaie suturée d'une couche de coton de verre, puis de coussins de laine de bois, le tout maintenu par une bande de gaze fortement serrée. Le nouveau *coton de bois* d'Hartmann donne un pansement plus facile encore à appliquer, car il s'emploie comme le coton ordinaire, mais il est notablement plus cher. Ces pansements sont renouvelés rarement et donnent relativement plus de réunions immédiates que le pansement de Lister.

Le succès de ces pansements, comme de ceux à la tourbe, au sable, à la mousse, etc., tient à l'introduction d'un nouveau principe antiseptique dans la pratique de Lister; ce principe est celui de la dessiccation des

plaies par absorption des produits sécrétés; c'est le principe du pansement sec. En conséquence, la plaie doit être recouverte d'une couche très épaisse de substance très absorbante et toute substance imperméable doit être proscrite du pansement, autant le protective que le revêtement protecteur, afin de permettre à l'air de pénétrer librement dans les coussins et d'y dessécher les liquides.

Le sublimé de son côté ne s'accompagne jamais d'accidents toxiques, prévient toute irritation de la peau, diminue la suppuration et s'oppose efficacement à l'érysipèle.

Voici les résultats obtenus à Tubingen en 15 mois :

557 opérations ou blessures graves, 10 morts seulement, toutes indépendantes du pansement. La seule maladie chirurgicale infectieuse observée est un cas de tétanos qui a guéri.

Le pansement au coton de bois sublimé donne surtout de remarquables résultats au point de vue de la réunion immédiate. Sur 48 amputations toutes guéries, dont 37 grandes amputations (15 de la cuisse et 13 de la jambe), 32 ont guéri par première intention sans le premier pansement; sur 30 amputations de la mamelle, la plupart avec curage de l'aisselle, 25 ont guéri par première intention. Sur 22 résections du genou ou simples extirpations de la synoviale du genou, 20 réunions primitives sans fistules secondaires.

Bruns considère ce résultat comme la preuve de l'excellence des pansements absorbants et il préconise spécialement la laine de bois sublimée en chirurgie d'armée. DE SANTI.

VI. — L'auteur emploie actuellement le pansement au sublimé sous deux formes : l'humide et la sèche. Le pansement humide s'effectue par l'application sur la plaie de 6 à 8 couches de gaze imbibée de solution à 1/100, puis d'un tissu imperméable (gutta-percha par exemple) d'une couche de ouate et d'une bande. Cette forme convient aux plaies petites des doigts, de la tête, qui fournissent peu de sécrétions.

Le pansement sec s'applique mieux aux grandes blessures, aux plaies d'amputation par exemple : après lavage avec la solution à 1/1000 on place une couche unique de gaze légèrement imbibée du même liquide, puis un coussin de paille de bois, de sphaigne ou de tourbe de mousse, une couche de ouate et une bande de toile. Dans ce pansement sec, on n'emploie pas de tissu imperméable. Le pansement reste de 8 à 12 jours en place.

L'auteur emploie pour les sutures le catgut sublimé, pour le drainage les tubes de gomme sublimée. Il lave toutes les plaies avec la solution à 1/1000 qu'il emploie aussi pour la plèvre; les irrigations vésicales doivent être dix fois plus faibles 1/10,000. Il a conservé pour les éponges l'usage de la soude, du permanganate de potasse et de la solution phéniquée.

Le pansement au sublimé a été appliqué depuis le mois d'août 1883, à 72 blessés de la consultation externe et à 73 malades de la clinique de l'auteur, sans qu'on ait eu à noter d'intoxication mercurielle ni même d'élimination de mercure par le rein.

Au point de vue de la marche des plaies, les résultats ont été satisfaisants.

Sur les 73 blessés de la clinique, 51 ont guéri complètement, 8 sont

en voie de guérison, 8 ont succombé, 4 sont partis non guéris. Il s'agissait dans presque tous les cas d'opérations graves : 17 amputations, 12 résections, 6 extirpations de tumeurs, 3 énucléations, 3 ostéotomies du fémur, 1 ovariotomie, etc., ou bien de traumatismes sérieux : 5 fractures compliquées, etc. L. GALLIARD.

Klinische Erfahrungen über das Iodoform bei Behandlung chirurgischer Krankheitsfälle, par von HOFMOKL (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 309, *Heft* 2, 1883).

L'auteur publie les résultats obtenus pendant dix-huit mois sur 163 malades traités par l'iodoforme, à l'état de poudre, d'émulsion dans l'huile, en pommade ou en solution dans l'éther sulfurique.

Ce corps est, d'après lui un excellent antiseptique qui convient merveilleusement aux plaies récentes, dont il favorise le bourgeonnement; son efficacité ne s'étend peut-être pas jusqu'au moment de la cicatrisation définitive; il ne conjure pas l'érysipèle. Difficilement soluble, il s'applique médiocrement aux plaies cavitaires compliquées. Pour les plaies récentes, on peut interposer une couche mince d'iodoforme entre les deux lèvres sans empêcher la réunion par première intention. L'auteur conseille d'en pratiquer préalablement le lavage avec une solution phéniquée à 2 0/0.

L'iodoforme avait été peu employé jusqu'ici chez les enfants : l'auteur se loue des résultats fournis par l'enfance. Seulement il ne faut pas considérer le médicament comme un spécifique des processus tuberculeux ou scrofuleux : il n'agit qu'après nettoyage, après évidement des fongosités ulcérées.

Les plaies et les ulcérations de la bouche, du rectum, du vagin, sont favorablement traitées par l'iodoforme, qui s'applique fort bien aussi aux lésions osseuses.

Les injections parenchymateuses d'éther iodoformique, généralement très douloureuses, sont utiles pour les fongosités synoviales et les hypertrophies ganglionnaires. La pommade et les emplâtres à l'iodoforme modifient les goitres parenchymateux, les adénopathies, les tuméfactions des synoviales articulaires et tendineuses.

Les émulsions, injectées dans les cavités des abcès, diminuent l'abondance du pus et en améliorent l'aspect d'une façon générale, le médicament combat la fétidité des néoplasmes ulcérés, inopérables.

Les bâtons d'iodoforme peuvent être introduits avec avantage dans l'urètre et même dans la vessie enflammée ; mais il faut se garder de les faire pénétrer dans les longues fistules des parties molles, qu'ils pourraient obstruer. L. GALLIARD.

Beiträge zur plastischen Chirurgie (Contribution à l'autoplastie), par KRÖNLEIN (*Arch. f. klin. Chir.*, *t. XXX*, *p.* 453).

Dans un chapitre concernant le traitement de l'épispadias, l'auteur préconise vivement le procédé de Thiersch exécuté par un mode de suture qu'il appelle « double suture avec suture métallique intermédiaire », et qui se rapproche beaucoup de la suture à étages de Delore. Il a remarqué en effet que la cause principale des insuccès dans les opérations

autoplastiques des conduits ou cavités muqueuses est l'absence de soutien des parties molles intermédiaires à la suture de la muqueuse et à la suture de la peau ; sous l'influence de la tension des tissus, les deux rangées de sutures s'appliquent l'une à l'autre, réduisant à néant la surface intermédiaire avivée par laquelle doit se faire l'adhésion. En conséquence Krönlein maintient et augmente même l'étendue de cette surface en faisant passer dans l'intervalle des deux rangées de sutures une rangée de fils métalliques dont les extrémités sont nouées sur une cheville ou sur des boutons à une assez grande distance des bords de la plaie cutanée. Il se fait de la sorte un glissement de la peau sur la muqueuse, et la surface d'adhésion acquiert une grande étendue. Krönlein affirme que ce mode de suture lui a toujours réussi ; il l'emploie dans le traitement de toutes les fistules ou les pertes de substance cutanéo-muqueuses. Il rapporte en effet :

1° Une observation d'épispadias complet sur un enfant de 5 ans, guéri en trois opérations successives par le procédé de Thiersch avec un remarquable résultat. La troisième opération ne consista même qu'à oblitérer une fistule du diamètre d'une tête d'épingle derrière la couronne du gland.

2° Une observation de fistule latérale du canal de l'urètre, du diamètre d'un haricot, dans la région balano-préputiale, consécutive à un chancre phagédénique, chez un homme de 26 ans. Guérison en une seule opération et par première intention, grâce à la suture métallique intermédiaire.

3° Une observation de fistule trachéale dont voici le résumé :

Homme de 21 ans, pris de fièvre typhoïde, puis de périchondrite laryngienne et trachéotomisé par Rose, le 29 février 1880. Guérison avec un rétrécissement du larynx qui rend indispensable le port permanent de la canule. Le 8 décembre 1881, Krönlein fend le larynx jusqu'à la fistule, place une canule laryngo-trachéale et suture la plaie : guérison. Le passage de l'air redevient possible par le larynx, si bien qu'on enlève la canule en juin 1882, et que le 10 juin Krönlein oblitère la fistule par son procédé. Réunion immédiate. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri, le 7 juillet.

4° Une observation de perforation de l'aile du nez à la suite d'un coup de rapière chez un étudiant de 24 ans. Réunion immédiate.

Dans une note sur le refoulement de l'os intermaxillaire dans le bec-de-lièvre bilatéral compliqué, l'auteur conseille, après avoir réduit la saillie, de maintenir l'os en place par une suture métallique qui passe transversalement entre l'os et la lèvre, et dont les extrémités se nouent sur la peau de la joue à une assez grande distance de la racine du nez ; on avive alors dans la même séance les deux becs-de-lièvre et on les suture. Dans un cas de ce genre l'auteur a obtenu un remarquable succès sur un enfant de 8 mois. (Voir les planches qui accompagnent ce travail.)

DE SANTI.

Sur le diagnostic des tumeurs de la voûte palatine, par MAGITOT (*Bull. Soc. Chir., p.* 287, 1884).

Magitot a observé deux cas de tumeur par inclusion d'un germe dentaire sur la voûte palatine même. Le premier cas était relatif à l'apparition lente et progressive d'une tumeur chez une femme de 74 ans entièrement dépourvue de dents depuis longtemps. La tumeur, du volume d'une petite amande, resta d'abord indolente pendant plusieurs années, puis devint le point de départ de phénomènes névralgiques très intenses. Plusieurs années après le début de la tumeur, celle-ci livra passage à une dent canine qui fut reconnue par une

enquête rétrospective comme effectuant son éruption à la fois tardivement et hétérotopiquement au centre de la voûte.

Le second cas peut être résumé ainsi : Tumeur dure de la voûte palatine. Douleurs névralgiques intenses du côté droit de la face, paralysie du muscle droit externe du globe oculaire du même côté. Strabisme interne. Incertitude du diagnostic. Hypothèse d'une tumeur spécifique. Importance du traitement antisyphilitique. Inflammation brusque de la masse. Ouverture d'une vaste poche osseuse au fond de laquelle est implantée une couronne de canines. Affaissement graduel des parois. Cessation immédiate des accidents.

Conclusions : 1° Il existe dans la voûte palatine une variété de tumeurs ayant pour origine l'hétérotopie d'un follicule dentaire. Cette variété se divise en deux sous-variétés :

a. Une première comprend les faits de simple éruption d'une couronne coiffée seulement de la muqueuse correspondante ;

b. Une seconde sous-variété comprend les kystes développés au sein même d'un follicule frappé lui-même d'hétérotopie préalable ;

2° Dans ce dernier cas, le follicule devient le siège d'une transformation kystique dont l'enveloppe n'est autre que la paroi du follicule lui-même, coiffée d'une coque osseuse empruntée à la lame inférieure de la voûte ;

3° Le diagnostic différentiel des tumeurs de la voûte devra toujours être subordonné à l'examen attentif de l'état de l'appareil dentaire. Toute anomalie par diminution numérique établie, soit par l'examen actuel, soit par les renseignements rétrospectifs, devra toujours faire émettre l'hypothèse d'un fait d'hétérotopie dentaire, kystique ou non. L. JULLIEN.

Eine halbseitige Stichverletzung des Rückenmarks (Section semi-latérale de la moelle), par G. FISCHER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XX, fasc.* 5, *p.* 411).

Un jeune homme de 18 ans est atteint de deux coups de couteau *à gauche*, à côté des 6e et 7e vertèbres cervicales, à 2 et à 5 centimètres des apophyses épineuses des vertèbres.

Membre inférieur *droit*, paralysie motrice complète, hyperesthésie, mouvements passifs douloureux.

A gauche, le malade remue les orteils et le pied et fléchit un peu la jambe sur la cuisse, mais il ne peut soulever le membre du lit. Anesthésie complète de ce côté jusqu'au mamelon et jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Les réflexes sont intacts. Mouvements involontaires fréquents. Rétention d'urine. Pénis en érection dans les premières 24 heures. Constipation. Pas de douleurs quand le blessé est tranquille, il peut remuer la tête.

Rien d'anormal aux bras. Suture, pansement phéniqué, sachet de glace sur le rachis.

Après deux jours plus de fièvre.

Après 8 jours la sensibilité commence à reparaître dans le membre inférieur gauche.

7e semaine, le blessé marche quand il est soutenu.

8e semaine, mouvements ataxiques dans le membre droit.

Dans la 22e semaine la sensibilité est revenue sur tout le corps, mais le membre droit a toujours encore quelques mouvements ataxiques.

Sept mois après les blessures le blessé marche assez rapidement, mais traîne encore le pied droit. EDELMANN.

Su di un caso di spina bifida guarita con la legatura elastica, par Ant. TURRETTA (*Giorn. di clin. e terap., fasc.* 2, 1884).

Il s'agit d'une petite fille de deux mois qui portait, depuis sa naissance, au niveau des deux dernières vertèbres cervicales, une tumeur de la grosseur d'une petite pomme, soutenue par un pédicule de trois centimètres de circonférence.

L'auteur, au milieu des vapeurs antiseptiques, ponctionna la tumeur avec un trocart, l'évacua à moitié et pratiqua à la base du collet une ligature formée par un double tour d'un lien élastique de petit diamètre.

Au moment de la constriction, on constata des mouvements cloniques légers, un peu de cyanose de la face; tout disparut au bout de quelques heures. Le 2e jour, tendance au coma, contractions des membres supérieurs, vomissements persistants; T = 38° 5. Ces phénomènes durent jusqu'au sixième jour et cèdent à l'administration du calomel. Le 12e jour la ligature tombe avec la tumeur et la cicatrice est complète le 27e jour.

Ce procédé détermine une compression lente, graduellement progressive, qui permet aux deux surfaces de l'arachnoïde de se souder en évitant en grande partie le danger de la diffusion de la phlogose dans le canal vertébral. L'évacuation partielle d'une partie du liquide a été faite dans le but d'éviter que la sérosité, chassée de la tumeur par le fait même de la ligature, n'exercât une brusque pression sur la moelle.

B. FÉRIS.

Herztamponade. Ein Beitrag zur Herzchirurgie (Tamponnement du cœur. Contribution à la chirurgie du cœur), par E. ROSE (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, tome XX, fasc.* 5, *p.* 329).

La paracentèse du péricarde a longtemps joui d'une grande défaveur en Allemagne. Billroth dit que cette opération est une frivolité chirurgicale. Rose cherche à démontrer qu'elle peut être utile et même nécessaire au même titre que la trachéotomie, en cas de danger imminent. Rose s'élève, du reste, contre l'opinion d'après laquelle les plaies du cœur seraient absolument mortelles, et qu'il n'y a pas lieu de les traiter. Au contraire, pour les 16 cas qu'il cite dans son travail, une seule fois la mort a pu être attribuée à la lésion du cœur, dans les autres cas la mort est due à des causes étrangères. Le traitement de ces plaies n'est donc pas aussi ingrat qu'on le dit. Rose désigne sous ce nom de tamponnement la compression exercée par le sang épanché dans le péricarde.

Les plaies du cœur avec lésion concomitante du poumon gauche sont les plus faciles à diagnostiquer.

D'autre fois le cœur seul est intéressé, mais l'abondante hémorragie qui résulte du traumatisme rend le diagnostic facile.

Les cas les plus difficiles à reconnaître sont ceux où le cœur lui-même n'est pas intéressé, au lieu où la plaie du cœur s'est obturée rapidement, comme après une fracture des côtes ; les coups de couteaux, les plaies par balle de revolver. Ce sont aussi les cas qui exposent surtout à des accidents consécutifs, anasarque, gangrène des extrémités, etc.

La guérison se fait par réunion primitive ou réunion secondaire.

En tout cas, sitôt que l'on soupçonne une lésion du cœur, il faut éviter au blessé tout examen inutile ou intempestif, le soumettre à une diète

sérieuse, pratiquer une saignée, si l'hémorragie continue, appliquer la glace, et enfin, si la compression du cœur rend la mort imminente, ne pas hésiter à intervenir par l'incision. Du reste, la distension du péricarde par le liquide fait que l'opération n'est pas des plus difficiles.

EDELMANN.

I. — Case of œsophagotomy, par Edward LAWRIE (*Lancet*, 8 *mars* 1884).

II. — Ueber Gastrostomie, par MAYDL (*Wiener med. Presse*, n° 47, 1883).

II *bis*. — Ein Fall von Gastrostomie, par PATZELT (*Wien. med. Woch.*, n° 46, 1883).

III. — A successful gastrostomy case, par Witehead REID (*Lancet*, 3 *novembre* 1883).

IV. — Gastrostomy, par Knowsley THORNTON (*Brit. med. journ.*, 10 *mai* 1884).

V. — Gastrostomie; un cas de fistule gastrique, par de CÉRENVILLE (*Rev. Suisse romande, janvier* 1884).

VI. — Gastrostomie et œsophagostomie pour corps étrangers, par BILLROTH (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 24 *février* 1885).

VII. — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, gastrostomie, par O. TERRILLON (*Acad. de méd.*, 17 *mars, et Semaine méd.*, 18 *mars* 1885).

VIII. — Cancer of the stomach, gastrostomy, gastro-enterostomy, par Joseph RANSOHOFF et WHITTAKER (*Cincinnati Acad. of med.*, 3 *novembre* 1884).

IX. — Gastrostomie pour rétrécissement infranchissable de l'œsophage, par P. SEGOND (*Congrès franç. de chir.; Semaine méd.*, 22 *avril* 1885).

X. — Gastrostomy, œsophagostomy, internal œsophagotomy, combined œsophagotomy and retrograde divulsion in the treatment of stricture of the œsophagus, par Samuel GROSS (*American journ. of med. science, juillet* 1884).

XI. — Ueber einem geheilten Fall von Magenresektion (Résection de l'estomac; remarques sur un symptôme gastroscopique du cancer de l'estomac), par MIKULICZ (*Wiener med. Woch.*, n° 41, 1883).

XII. — Ein neuer Fall von geheilter Magenresektion, par HACKER (*Wiener med. Woch.*, n° 41, 1883).

XIII. — A case of resection of the pylorus for carcinoma, par Randolph WINSLOW (*Americ. journ. of med. sciences, octobre* 1884).

XIV. — Resektion des carcinomatöses Pylorus, par HACKER (*Soc. des méd. de Vienne*, 28 *mars* 1884).

XV. — A case of duodenostomy, par F. SOUTHAM (*Brit. med. journ., p.* 1146, *juin* 1884).

XVI. — Plaie de l'estomac, suture, guérison, par G. TILING (*St-Petersburg. med. Woch.*, n° 44, 1884).

XVII. — Schnittwunde der vorderen Magenwand (Plaie de l'estomac), par FACILIDES (*Deuts. med. Woch.*, n° 51, 1884).

I. — Une femme Sikhe, âgée de 35 ans, est reçue à l'hôpital de Lahore, le 14 décembre 1883, avec une grosse noix de galle enchatonnée dans la portion cervicale de l'œsophage. De vains efforts furent faits pour mobiliser le

corps étranger. Vingt-quatre heures après son entrée à l'hôpital, la malade s'affaiblissant rapidement, on se décida à pratiquer l'œsophagotomie. L'opération fut faite selon le procédé habituel en disséquant le tissu cellulaire lâche situé entre la trachée et les vaisseaux carotidiens. Le doigt servant de guide, on arriva aisément sur le corps étranger, qui fut extrait par une incision longitudinale de la paroi de l'œsophage. La malade fut nourrie à l'aide d'une sonde pendant cinq jours; douze jours après l'opération, la déglutition se faisait parfaitement, et au bout de trois semaines elle sortait guérie.

H. BARTH.

II. — Depuis la publication de son premier article sur la gastrostomie (*R. S. M.*, XXIII, p. 660), l'auteur a observé, à la clinique d'Albert, 52 cas d'affections de l'œsophage, dont 11 ont été traités par cette opération.

Quatre opérés ont succombé : trois hommes atteints de carcinome œsophagien et une femme de 32 ans atteinte de rétrécissement cicatriciel.

Les sept autres ont vécu un certain temps (un mois ou plus). Ils étaient tous affectés de carcinome.

L'auteur considère la gastrostomie comme une opération désormais banale : elle prolonge en moyenne de quelques mois la vie des cancéreux, et le chirurgien ne doit pas s'en laisser détourner par l'âge avancé des sujets, ni même par les symptômes de la cachexie commençante. Au contraire, les affections de l'appareil respiratoire constituent des contre-indications formelles.

L. GALLIARD.

II *bis*. — Un homme de 42 ans est atteint depuis un an de rétrécissement de l'œsophage. Au printemps de 1883, on le trouve très amaigri, ne pouvant même plus avaler les liquides. On essaye le cathétérisme, mais la sonde s'arrête au milieu du médiastin et livre passage à une colonne d'air; l'œsophage, probablement cancéreux, paraît être en communication avec la trachée. Il est impossible de faire pénétrer les liquides sans provoquer des accès d'asphyxie. La mort est imminente, car le sujet n'a rien pris depuis trois semaines; il n'a été alimenté que par le rectum.

Le 9 avril, gastrostomie d'après les principes de Langenbuch. Incision en deux temps. L'estomac est d'abord suturé et fixé à la paroi abdominale, puis le 14 avril il est incisé à son tour.

Malgré la toux qui risque de compromettre les sutures, l'orifice est régulièrement constitué et les aliments sont versés dans l'estomac. Le malade vit encore 55 jours.

Au lieu d'un cancer de l'œsophage, on trouve à l'autopsie une masse ganglionnaire à l'angle des bronches, tuméfiée et abcédée, ouverte dans l'œsophage et la bronche gauche. Tubercules du poumon droit.

L. GALLIARD.

III. — Une femme de 43 ans fut admise à l'hôpital, le 13 avril 1883, pour une dysphagie persistante avec vomissements après les repas. Depuis le 15 décembre de l'année précédente, elle était incapable d'avaler les aliments solides, et depuis un mois auparavant elle avait commencé à dépérir. Son poids était tombé de 126 livres à 84. La sonde œsophagienne était arrêtée à 28 centimètres des arcades dentaires par un obstacle infranchissable. L'amaigrissement faisant des progrès rapides, la gastrostomie fut pratiquée le 10 mai. Le 15, les adhérences étant bien établies, l'estomac fut ponctionné avec le bistouri, une sonde n° 12 fut introduite par l'ouverture, et séance tenante on injecta 150 grammes de beef-tea; on continua en même temps les lavements alimentaires, qui, depuis le début du traitement, étaient administrés toutes les trois heures. Les jours suivants on augmenta peu à peu la quantité de boisson alimentaire injectée dans l'estomac. La malade se

remit à merveille, reprit de l'appétit et des forces, et lorsqu'elle quitta l'hôpital, le 3 août, avec sa fistule gastrique, elle avait regagné 17 livres de son poids. A la date de la publication, elle continuait à se bien porter. H. BARTH.

IV. — L'auteur a pratiqué la gastrostomie chez une jeune fille qui avait l'habitude d'avaler des cheveux, des filaments de coton, etc. Il s'était formé dans l'abdomen un véritable égagropile mesurant 9 pouces 1/2 de longueur et 5 de large. L'estomac fut ouvert par une incision de 5 pouces de longueur: la masse pileuse fut extraite et la plaie suturée aux fils de soie. A. C.

V. — Henri Baud, âgé de 28 ans. En décembre 1882, durant une quinzaine, douleurs d'estomac et vomissements. Depuis lors, simple dyspepsie jusqu'en avril suivant, où, sans cause, se produit une aggravation considérable. Les douleurs épigastriques paraissent après chaque repas et persistent tant que la malade n'a pas vomi. Les vomissements sont purement alimentaires.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade a l'aspect d'un cholérique : algidité, lenteur extrême du pouls, température au-dessous de la normale, rétraction du ventre, constipation. Aucun symptôme local. La sonde est arrêtée à 39 centimètres de l'arcade dentaire. L'introduction de poudres effervescentes ne détermine aucune modification dans les limites de l'estomac, mais elle est suivie d'éructations bruyantes et de vomissements muqueux provenant évidemment d'une dilatation de l'œsophage au-dessus du cardia rétréci.

Après avoir éliminé toutes les causes ordinaires des rétrécissements, de Cérenville admet la filiation suivante des accidents : dyspepsie, catarrhe chronique de l'estomac chez un alcoolique, occlusion graduelle du cardia, dilatation de l'œsophage.

Gastrostomie d'urgence vitale, le 5 mai, par Dupont. Incision parallèle aux fausses côtes gauches et longue de 5 centimètres. Sur l'estomac attiré dans la plaie on pose une couronne d'une vingtaine de sutures au catgut et de sutures métalliques, comprenant la paroi de l'estomac, le péritoine et les téguments. Pansement de Lister. Le surlendemain on incise l'estomac, et dès lors le malade est alimenté par sa fistule. A part un petit phlegmon dans la couche musculaire, la guérison fut régulière. Les sutures furent enlevées à partir du 8e jour. Le poids de l'opéré s'accrut rapidement. A deux reprises le malade ayant essayé de boire ou de manger par la voie naturelle, fut repris de vomissements, de dyspepsie et d'amaigrissement rapide. De Cérenville ne réussit pas à franchir le rétrécissement, ni dans un sens ni dans l'autre. Ce ne fut qu'en février 1884 que Roux parvint à y introduire une sonde par l'estomac. J. B.

VI. — Deux observations de corps étranger (dentier avalé) pour lesquelles furent pratiquées, dans l'une l'œsophagotomie, dans l'autre la gastrostomie. Dans ce dernier cas, la recherche du corps étranger fut des plus laborieuses. Il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans. La gastrostomie fut pratiquée ; la main introduite dans l'estomac ne permit pas de découvrir le corps étranger. On agrandit alors l'incision des parois abdominales, et on chercha dans la cavité abdominale. En passant en arrière du ligament gastro-splénique, on sentit dans le cul-de-sac stomacal le dentier, qu'on put extraire. La malade guérit.

VII. — Le malade avait un rétrécissement infranchissable causé par l'ingestion accidentelle de potasse caustique. L'émaciation du malade était excessive, sa température au-dessous de 36°. Terrillon pratiqua la gastrostomie ; l'estomac, très diminué de volume et complètement recouvert par le foie, put être fixé à la paroi d'après les procédés ordinaires. Trois heures après l'opération, on put alimenter le malade; la guérison ne tarda pas à être complète.

Un mois plus tard, des tentatives nouvelles de cathétérisme réussirent; on put passer une bougie filiforme et la dilatation va être continuée sans interruption, si cela est possible.

VIII. — A propos d'un cas de cancer de l'estomac où le diagnostic fut des plus difficiles, Ransohoff communique l'observation suivante d'un malade traité de concert avec Whittaker.

Homme de 34 ans, ne souffrant que depuis une année de troubles gastriques. A son entrée à l'hôpital, le symptôme le plus marqué est le vomissement; la douleur est peu intense et disparaît quand l'estomac est vide. Émaciation extrême, dilatation considérable de l'estomac. On ne put découvrir de tumeur et on pensa à un rétrécissement du pylore. Les vomissements ne cessant pas après des lavages de l'estomac faits régulièrement pendant une semaine, on se décida pour une opération. La laparotomie faite, on trouva une tumeur de 2 pouces de long, englobant toute la circonférence du pylore et qu'on n'avait pu reconnaître pendant la vie, cachée qu'elle était par la surface du foie. Ransohoff se décida à faire une gastro-entérostomie, en abouchant une anse d'intestin prise à 8 ou 10 pouces de l'extrémité du duodénum avec la paroi antérieure de l'estomac. Le malade ne survécut que huit heures après l'opération.

C'est la septième opération de ce genre; elle a été pratiquée par Wölfler, Billroth, Lücke, Lauenstein, Rydygier, Courvoisier (Voy. *R. S. M.*, XXIII, 673).

IX. — Segond a été conduit à faire la gastrostomie chez une malade atteinte de rétrécissement de l'œsophage et arrivée aux derniers degrés du marasme.

La dysphagie remontait à 8 mois. A la base du cou était apparu un ganglion assez volumineux. Peu à peu la malade ne put plus avaler les solides, puis les liquides. A ce moment, se produisit un vomissement de pus. La dysphagie s'amenda au point de permettre l'alimentation complète; mais bientôt elle reparaissait aussi intense, et quand la malade se présenta dans le service de l'auteur, les accidents étaient menaçants. Elle pouvait à peine avaler sa salive et mourait d'inanition.

Les antécédents strumeux firent diagnostiquer une adénite péri-œsophagienne avec compression, puis perforation de l'œsophage et rétrécissement consécutif.

La gastrostomie fut pratiquée. Le côlon transverse fut ouvert dans le cours de l'opération et suturé aussitôt avec trois points de soie phéniquée. L'estomac fut ouvert et fixé selon les règles habituelles. La guérison fut parfaite. La malade est montée de 30 kilogrammes à 65. Elle peut avaler les liquides; le rétrécissement reste toujours infranchissable à la sonde. A. C.

X. — Samuel Gross a voulu, par l'étude comparée de 271 cas de rétrécissements cancéreux ou cicatriciels de l'œsophage, préciser la valeur des diverses méthodes opératoires actuellement employées.

Des quatre opérations praticables en cas de sténose cancéreuse de l'œsophage (gastrostomie, œsophagostomie, œsophagotomie interne ou externe), la première est de beaucoup la plus simple, la plus rationnelle et la plus sûre. Les résultats ne cessent de s'améliorer, et les succès seraient encore plus nombreux si l'on opérait plus tôt, aussitôt le diagnostic posé, et avant que le malade soit trop affaibli.

Dans les rétrécissements cicatriciels, Gross considère la dilatation comme un simple palliatif; l'œsophagotomie combinée n'est applicable que chez les enfants et pour les sténoses qui siègent près du cardia. L'œsophagotomie interne doit être réservée pour les rétrécissements

récents et peu étendus, l'externe pour les cas où l'on peut arriver au-dessous de l'obstacle.

Ici encore la gastrostomie reste l'opération la meilleure et la moins dangereuse. A. CHAUFFARD.

XI. — Femme de 25 ans, souffrant depuis cinq mois de douleurs gastriques et d'inappétence, vomissant depuis trois mois. On trouve chez elle une tumeur grosse comme un œuf, mobile. Le bord inférieur de l'estomac dilaté dépasse de trois travers de doigt la cicatrice ombilicale. Diagnostic : cancer du pylore.

La malade vient de sevrer son dernier enfant ; on attend quinze jours pour l'opérer.

22 février. Lavage de l'estomac à l'eau tiède. Laparotomie sous le spray. Incision transversale de 15 centimètres. La tumeur du pylore, nettement circonscrite, n'adhère pas aux organes voisins. On détache l'épiploon, on enlève un ganglion lymphatique qui se trouvait en arrière, on isole la tumeur en protégeant les parties voisines à l'aide de la gaze iodoformée ; puis les compresseurs de Wehr sont placés à droite et à gauche du néoplasme à une distance de 15 millimètres.

Le couteau porte d'abord sur la petite courbure, puis sur la grande et ensuite sur la partie inférieure du segment duodénal ; c'est seulement après la réunion de ce segment à l'estomac que le chirurgien détache complètement la tumeur. Suture double de Czerny pour fixer les deux organes intéressés. Sutures de la paroi abdominale. Pansement à l'iodoforme. L'opération a duré deux heures et demie.

Le fragment excisé est long de 8 centimètres ; la lumière du pylore admet à peine le petit doigt. Au microscope, on y trouve les éléments du carcinome colloïde.

23 février. L'opérée est bien. Soir : P. 80. T. 37°,6. Dans la nuit elle vomit deux fois des mucosités, sans bile.

24 février. Apyrexie. Deux vomissements. L'ingestion de lait froid est suivie de vomissement. Lavements de peptone. État local satisfaisant.

26 février. Le soir : P. 116. T. 39°,5. Vomissement.

27 février. Apyrexie. L'opérée prend un œuf et du vin.

9 mars. La plaie est réunie par première intention. On enlève les sutures. L'opérée est nourrie comme les autres malades. Elle part le 22 mars, complètement guérie.

On voit que l'auteur a employé le procédé opératoire de Billroth et Wölfler. Il recommande les compresseurs de Wehr qui obstruent complètement la lumière de l'intestin et de l'estomac sans interrompre la circulation sanguine des parois.

L'auteur a exploré, au moyen du gastroscope, une série de carcinomes de l'estomac. Chez l'homme sain le pylore a l'aspect d'une fente ou d'une ouverture soit ovale soit arrondie, avec une muqueuse plissée et rouge ; on voit, du reste, cet aspect varier suivant les instants, à cause des contractions musculaires. Or, dans les cas de cancer, le jeu des muscles de la région pylorique fait défaut ; les plis manquent plus ou moins complètement, la paroi du pylore semble lisse ; enfin, la muqueuse est soit pâle, anémique, soit foncée et cyanosée. Il est facile d'expliquer ces modifications du pylore. Leur constatation doit encourager les médecins à poursuivre les examens gastroscopiques, trop peu usités jusqu'ici.

L. GALLIARD.

XII. — Il s'agit ici d'un squirrhe du pylore opéré avec succès :

Femme de 46 ans, malade depuis l'été de 1882. On la traite d'abord par

l'eau de Carlsbad, puis le médecin découvre une tumeur du pylore et adresse la malade à Billroth.

Ce chirurgien constate un carcinome gros comme une petite pomme, très mobile, opérable. Le 24 février 1883, il fait à la paroi abdominale une incision transversale de 15 centimètres. La tumeur pylorique, recouverte de l'épiploon, vient faire saillie entre les lèvres de la plaie. Ligature des deux épiploons et section au thermo-cautère. Section de l'estomac à partir de la petite courbure, dirigée obliquement à droite et en bas. Ensuite section du duodénum et réunion de cet intestin à l'estomac par une vingtaine de points de suture. Excision de deux petits ganglions. Toilette du péritoine et suture de la paroi. Toute l'opération, rigoureusement antiseptique, a duré une heure et demie.

Pas de réaction fébrile. Réunion primitive. La malade part guérie, le 31 juillet. Elle a écrit, le 5 octobre, qu'elle supportait sans peine tous les aliments. L. GALLIARD.

XIII. — Chez une femme de 42 ans, atteinte d'un cancer de l'estomac, l'auteur s'est décidé à pratiquer l'ablation de la tumeur. L'estomac fut vidé et lavé avec soin, pendant plusieurs jours avant l'opération, avec la solution salicylée; l'alimentation se faisait par des lavements nutritifs.

Anesthésie mixte, par le chloroforme d'abord, puis par l'éther. Incision sur la ligne blanche, de 3 pouces au-dessus de l'ombilic descendant à 3 pouces au-dessous. Pas d'adhérences; mais ganglions hypertrophiés que l'on enleva, en même temps qu'on divisa l'épiploon. Section du duodénum et de l'estomac, entre des clamps pour prévenir l'issue de liquide. Suture de la partie supérieure de la plaie stomacale, puis réunion du duodénum à l'estomac à la partie inférieure de la section, au voisinage de la grande courbure. L'opération dura trois heures; la malade mourut deux heures après. A. C.

XIV. — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 39 ans opérée par Billroth, le 26 février. Elle avait depuis un an de la dyspepsie, depuis six mois des vomissements caractéristiques. La tumeur du pylore n'était facile à saisir par la palpation qu'après avoir fait avaler à la malade des poudres effervescentes; elle avait la grosseur d'une pomme.

L'opération a duré une heure et quart. Le chirurgien n'a pas fait usage de comprèsseurs; le duodénum a été fermé et maintenu au moyen d'une bande de gaze iodoformée. Marche normale, apyrexie. Guérison complète.

L. GALLIARD.

XV. — Homme de 45 ans, présentant les signes d'une obstruction pylorique (douleur, vomissements noirs, émaciation progressive). On sentait une petite tumeur dure et mobile, au voisinage de l'ombilic, et qui semblait être le pylore induré. Malgré les lavements alimentaires, le malade s'affaiblissait rapidement : on résolut d'intervenir chirurgicalement, soit par une résection du pylore, soit par une duodénostomie.

Après avoir incisé la paroi abdominale sur une étendue de 3 pouces, avec les précautions usuelles sur la ligne médiane, l'auteur tomba précisément sur la tumeur pylorique et sur l'origine du duodénum. En introduisant le doigt dans l'abdomen, il sentit parfaitement l'induration annulaire du pylore qui lui servit de point de repère; grâce à cela, l'anse duodénale fut tirée hors de la plaie, fixée par des fils d'argent à la paroi de l'incision, et maintenue de façon à établir des adhérences solides.

L'alimentation continua à être faite artificiellement au moyen de lavements, mais le 3e jour, le malade faillit succomber de collapsus dû à l'inanition. Ce que voyant, l'auteur se décida à ouvrir le duodénum et à introduire des aliments par cette voie. Mais bien que cette dernière opération eût été très simple, le patient succomba d'épuisement le soir même. L'autopsie montra qu'il n'y avait aucune trace de péritonite, et que l'induration du pylore n'était pas cancéreuse, comme on le supposait, mais simplement fibreuse.

L'auteur rappelle que la duodénostomie a été faite par Langenbuch à Berlin et par Robertson à Oldham. Il recommande ce procédé, qui paraît moins difficile sur le vivant que sur le cadavre, et prescrit de ne pas attendre, pour y recourir, que le malade soit très débilité par les progrès de l'inanition. H. R.

XVI. — Jeune homme de 19 ans. Coup de couteau dans le ventre, formant une plaie diagonale de près de 1 pouce à la gauche de la ligne blanche, 3 pouces au-dessus de l'ombilic. Issue d'épiploon par la plaie. Pendant qu'on suturait la plaie, une heure après l'accident, le malade vomit de la matière chymeuse et environ une pinte de sang. On pratique la laparotomie, on retire de la cavité abdominale une grande quantité de sang. Pas de plaie à la paroi antérieure de l'estomac. On finit par découvrir une plaie à la face postérieure, 2 pouces au-dessus de la grande courbure, plaie au travers de laquelle la muqueuse stomacale faisait hernie. Il y avait eu blessure de l'artère gastro-épiploïque. Trois points de suture avec des fils de soie. Guérison.

A. C.

XVII. — Une enfant de 7 ans, courant dans la rue, tombe et casse une bouteille qu'elle portait à la main et dont les fragments la blessent à l'épigastre. Une heure après l'accident, l'auteur constate que la paroi abdominale est ouverte et livre passage à une tumeur ayant 6 centimètres de diamètre. Cette tumeur élastique est constituée par l'estomac, qui présente lui-même une plaie de 5 centimètres par laquelle s'écoulent des aliments.

L'enfant, chloroformée, fait des efforts de vomissement, aussi le chirurgien est-il forcé de maintenir les lèvres de la plaie gastrique en contact jusqu'à ce que les vomissements aient cessé : puis il y place cinq sutures au catgut. Après désinfection, l'estomac est remis en place. L'enfant vomit de la bouille sanguinolente. Suture de la paroi abdominale. Gaze iodoformée et ouate salicylée. Opium à l'intérieur. Diète rigoureuse. Au bout de trois semaines, l'enfant est guérie; elle a bon appétit et se trouve bien.

L. GALLIARD.

I. — Fistule biliaire consécutive à une ponction exploratrice, par FLEURY (*Loire méd.*, 15 *décembre* 1884).

II. — Cholecystotomy for gallstone, par Th. SAVAGE (*Brit. med. journ.*, *p.* 453, 1884).

III. — Note on cholecystotomy, par Lawson TAIT (*Ibid.*, 3 *mai* 1884).

IV. — Cholecystotomy, par Mac GILL (*Ibid.*, 6 *décembre* 1884).

V. — Cholecystotomy, with a report of two new cases, a table of all the hitherto reported cases, and remarks, par J. MUSSER et W. KEEN (*American journ. of med. sciences*, *octobre* 1884).

VI. — Surgical observations in the treatment of diseases and accidents of the liver, par Charles-K. BRIDDON (*Med. News*, 31 *janvier* 1885).

VII. — A case of cholecystotomy, par TAYLOR (*Brit. med. journ.*, *p.* 220, *janvier* 1885).

VIII. — Case of cholecystotomy for dilatation due to impacted calculi, par MEREDITH (*Ibid.*, *p.* 431, *février* 1885).

IX. — Ein Fall von Gallenretention bedingt durch Impermeabilität des Ductus choledochus, par WINIWARTER (*Prager, med. Woch.*, *n°* 21, 1882).

X. — On a remedial operation suggested for cases of obstruction of the gall duct, par Mac-F. GASTON (d'Atlanta) (*Brit. med. journ., p.* 324, *février* 1885).

XI. — A case of cholecystotomy, par C.-T. PARKES (*Medical News*, 9 *mai* 1885).

XII. — Des indications de la cholécystotomie, par Jules BŒCKEL (*Cong. franç. de Chir.*, 10 *avril* 1885).

XIII. — De la cholécystotomie considérée surtout au point de vue de ses indications, par CYR (*Union méd.*, 18 *janvier* 1885).

XIV. — Des indications de la cholécystotomie, par WITZEL (*Deut. Zeit. f. Chirurgie, XXI, Heft* 1 *et* 2).

XV. — De l'intervention chirurgicale dans quelques affections des voies biliaires, par F. BRUN (*Arch. gén. de méd., février* 1885).

XVI. — Cholecystotomy and cholecystectomy (*Med. News,* 28 *décembre* 1884).

XVII. — De la cholécystotomie, par G. MAUNOURY (*Progrès méd.*, 4 *avril* 1885).

XVIII. — Zur Chirurgie der Gallenwege, par Theodor ROTH (*Arch. f. klin. Chirurgie XXXII, Heft* 1).

XIX. — Cholecystotomie und Cholecystectomie, par COURVOISIER (*Corresp. Bl. f. schw. Aerzte,* 1er *août* 1884 *et* 19 *janvier* 1885).

XX. — Sur deux cas d'extirpation de la vésicule biliaire, par THIRIAR (*Bull. Acad. de méd. de Belgique,* nos 1 *et* 2, 1885).

I. — Il s'agit d'un homme chez lequel on sentait au-dessous des fausses côtes droites une tumeur arrondie, peu douloureuse, de 15 centimètres de diamètre environ. Une ponction donna issue à quelques gouttelettes de sang. On conclut à l'existence d'une tumeur maligne. Deux jours après, le malade quittait l'hôpital. Bientôt la piqûre s'enflammait et donnait issue à un suintement purulent par un orifice très étroit ; à un moment donné, il en sortit même une sorte de poussière jaune verdâtre.

Après s'être assuré de l'existence d'adhérences péritonéales, Fleury pratiqua la dilatation progressive du trajet avec des tiges de laminaria. Dans les premiers jours de septembre, l'orifice donna issue à deux calculs de la grosseur d'un petit pois et à quelques fragments moins volumineux.

Un peu plus tard, la fistule se ferme: mais presque immédiatement apparaît en dedans de la cicatrice une fluctuation sur un point limité et superficiel. Un petit abcès sous-cutané s'ouvre et donne issue à du pus d'abord, puis à un liquide filant et visqueux, et ensuite à un calcul du volume d'un petit pois, On dilate ce nouveau trajet peu à peu avec la laminaria, et, à la suite d'une injection phéniquée, on extrait un nouveau calcul de la grosseur d'un pépin de raisin. Au milieu de novembre, issue d'un autre calcul de la grosseur d'un grain de millet. A partir de ce moment, la fistule donne issue tantôt à du muco-pus, tantôt à de la bile pure. Au mois de juillet, le malade fait une nouvelle saison à Vichy. Il y a un peu d'amélioration dans l'état général, mais la fistule persiste. Le liquide ordinaire est du mucus, mais de temps à autre il s'écoule de la bile pure. Cette situation dure, en somme, depuis deux ans. Chaque fois que l'orifice extérieur a de la tendance à s'obstruer, il survient de la pesanteur et même de la douleur dans l'hypochondre droit. L'écoulement normal de la bile continuant à se faire dans l'intestin, la digestion des aliments et, par suite, les fonctions nutritives peuvent s'opérer régulièrement. Le malade a même pu reprendre ses fonctions de jardinier. L'auteur pense que, jusqu'à nouvel ordre, il y a lieu de s'abstenir de toute intervention chirurgicale. GASTON DECAISNE.

II. — L'auteur mentionne ainsi le fait, sans plus de détail.

Homme nerveux, d'habitude sédentaire, souffrant du foie depuis longtemps, et portant dans l'hypochondre droit une tumeur considérée comme un kyste hydatique par plusieurs médecins et par Savage lui-même. La tumeur avait le volume d'une noix de coco moyenne, et était constituée par la vésicule biliaire, énormément distendue. Après incision de la paroi abdominale, la ponction de la vésicule ramène d'abord un liquide transparent, incolore et visqueux : le dernier tiers au contraire était formé de bile presque pure. Ce qui supposait une double poche séparée par une cloison. L'auteur retira 14 calculs à facettes. Il fait remarquer que dans ce cas l'opération fut très simple et qu'elle exposa moins le malade que ne l'eût fait une simple ponction, laquelle eût évacué le liquide sans permettre l'élimination des calculs.

III. — L'auteur a pratiqué 13 fois la cholécystotomie, tous ses malades ont guéri. Une vieille femme mourut de catarrhe suffocant quelques semaines après la guérison de sa plaie, un autre d'un cancer du foie. Les 11 autres opérés sont bien portants.

Le procédé, proposé par Spencer Wells, de suturer la vésicule sans la faire adhérer à la paroi abdominale est mauvais : dans le seul cas où son auteur l'a employé, il a eu une péritonite mortelle avec issue de la bile dans le péritoine. La vésicule est en effet un réservoir destiné à se remplir et à se vider alternativement ; or, il est à peu près impossible que la contraction des parois musculaires ne fasse pas sourdre du liquide à travers les points de suture.

Le point le plus délicat est peut-être de savoir, au moment de l'opération, si l'on a extrait tous les calculs de la vésicule et surtout du conduit cholédoque ; quand on en laisse, il se fait une accumulation de bile en amont de l'obstacle, et les accidents continuent, souvent même aggravés.

Il est encore plus déplorable de vouloir enlever la vésicule biliaire, comme l'a proposé Langenbuch. Autant vaudrait enlever la vessie parce qu'elle serait remplie de calculs. Dans les cas où il existe un calcul dans le canal cholédoque, l'ablation de la vésicule entraîne forcément comme conséquence le reflux de la bile dans le péritoine ; c'est ce qui explique que les trois opérés de Langenbuch sont morts. Chez un des malades de Lawson Tait qui présentait un calcul du cholédoque qui n'a pu être extrait, il est resté une fistule biliaire permanente, et jamais une goutte de bile, depuis l'opération, n'a pénétré dans l'intestin.

Chose remarquable et qui ne concorde guère avec les traditions physiologiques, aucun de ces malades à fistule biliaire n'a paru souffrir de l'absence de bile dans l'intestin, et tous ont augmenté de poids, en même temps que leur santé devenait meilleure. Le seul phénomème constaté chez eux a été l'apparence argileuse des selles, sans que d'ailleurs on ait constaté de flatulence ni de phénomènes de fermentation putride.

IV. — Mac Gill montre à la société un malade auquel il a pratiqué la cholécystotomie ; enlevant plusieurs onces de liquide et un calcul biliaire de la grosseur d'un œuf de pigeon qui était enclavé dans le canal cystique. La guérison avait été complète en 20 jours. Le diagnostic du cas avait était fait grâce à la présence d'une tumeur à la région ordinaire de la vésicule, mobile dans les mouvements d'inspiration. Comme le conduit cystique n'était pas oblitéré, on put pratiquer la suture immédiate de la vésicule.

V. — Le mémoire de Musser et Keen contient l'analyse de tous les cas

publiés de cholécystotomie au nombre de 35, plus deux observations nouvelles.

Dans le 1er cas, l'opéré était un homme âgé de 32 ans qui, à la suite d'attaques répétées de colique hépatique, fut pris d'ictère chronique et plus tard d'accès fébriles intermittents. Au mois de mai 1881 les accidents étaient tels qu'on se décida pour l'intervention : coloration ictérique de tout le tégument, émaciation profonde, vomissements fréquents, selles rares, douleurs épigastriques. Foie et rate hypertrophiés. Sur le rebord des côtes et dans l'hypochondre droit on trouve une zone de matité étendue. Pas de sucre ni d'albuminurie dans les urines ; acide et pigments biliaires abondants.

Le 3 mai, on fait, avec toutes les précautions antiseptiques, spray compris, une incision de trois pouces, portée ensuite à 5 pouces 1/2, s'étendant du voisinage de la ligne blanche, parallèle au bord des côtes. Un pouce et demi au-dessous d'elles, ligature de l'artère épigastrique supérieure. On tombe, au-dessous du foie, sur une masse dure, du volume du poing, adhérente au foie ; au côlon et à l'intestin grêle, englobant la vésicule. On ne sentait aucun calcul. Keen crut un moment avoir affaire à une tumeur maligne. Le diagnostic restant indécis, on referme la plaie sans toucher à la masse.

Le malade quittait son lit le 45e jour ; mais il y avait eu dans le cours du traitement des hémorragies capillaires assez abondantes et une lymphangite qui entraîna un abcès de l'aisselle. A sa sortie, la masse indurée présentait encore une étendue de 4 pouces, la jaunisse était moins prononcée et les conditions générales satisfaisantes. Un cure à Saratoga amena la disparition de l'ictère, la diminution du gonflement du foie, sans changement de la masse indurée et un rétablissement à peu près complet.

L'auteur suppose qu'il s'agissait d'une obstruction calculeuse avec inflammation des canaux, qui a cédé, le calcul ayant été probablement évacué (quoiqu'on n'eût rien trouvé dans les selles examinées 2 mois de suite).

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 31 ans, sans antécédents syphilitiques ou paludiques, souffrant depuis longtemps de dyspepsie et ayant vu survenir de la jaunisse à la suite d'un catarrhe gastro-intestinal aigu en octobre 1882.

Keen voit le malade en mai 1883, et en présence de l'état général, de la fièvre à accès répétés, des épistaxis, diagnostique une angiocholite suppurée. On fait une ponction et on retire un liquide, visqueux, limpide où l'examen chimique ne révéla aucun élément biliaire. On décida de faire la cholécystotomie ; la ponction de la vésicule donna 20 onces du même liquide. L'incision de la vésicule laissa écouler quelques onces de pus mélangés de bile.

Les parois de la vésicule avaient un quart de pouce d'épaisseur et ne contenaient aucun calcul. L'orifice du canal cystique ne put être découvert.

La plaie fut fermée par douze points de suture attachant la vésicule à la paroi abominale et laissant une fistule biliaire. Le malade succomba sept jours plus tard.

A l'autopsie, adhérence parfaite de la vésicule à la paroi aux points de suture. Liquide ascitique dans le ventre et deux onces de sang dans les replis de l'épiploon gastro-colique. Vésicule du volume du poing ; parois épaissies, enflammées. Le conduit cystique est dilaté, épaissi, obstrué par soulèvement de la muqueuse ; le canal cholédoque est épaissi, élargi au point d'admettre le petit doigt et au voisinage du duodénum presque le pouce. Oblitération fibreuse de son extrémité ampullaire.

Sur les 35 cas relevés par Musser et Keen on compte dix morts. Dans la plupart des autopsies, on a noté de tels désordres du côté du foie que la vie ne pouvait se prolonger longtemps. Il y a donc indication générale à opérer de bonne heure.

Les causes de sténose de conduits biliaires sont de trois ordres :

1° Corps étrangers des conduits (calculs, parasites) ;

2° Lésions des parois (congénitales, inflammation, adhérence ou cicatrice d'ulcération, péri-hépatite) ;

3° Tumeurs comprimant les conduits.

Pour faciliter le diagnostic, on peut avoir recours à la ponction aspiratrice et à l'exploration avec une sonde engagée dans le trocart, ou à l'acupuncture préconisée par Whittaker et Harley.

Keen discute ensuite le procédé opératoire : Doit-on provoquer des adhérences par les caustiques, avant d'ouvrir la vésicule ? Faut-il faire l'opération en deux temps, laparotomie d'abord, fixation de la vésicule à la paroi, puis après adhérence intime, ouverture de la poche ? Faut-il faire directement, sans préliminaires, la cholécystotomie ? C'est le dernier parti qu'adoptent les auteurs ; en principe ils rejettent la cholécystectomie.

VI. — Dans ce travail l'auteur passe en revue diverses affections du foie, et il cite, à propos de la cholécystotomie, les deux observations suivantes :

1° Un jeune homme, ayant fait une chute grave d'un wagon, voit se développer, une semaine plus tard, une tumeur de l'hypochondre droit. Son médecin y fait à diverses reprises des ponctions, et le jour où l'auteur le voit pour la première fois, la ponction a retiré une grande quantité de bile pure. On fit une large ouverture (pas d'autre indication), on retira de la bile, on draina la cavité, mais le malade succomba peu après. Pas d'autopsie.

2° Jeune homme de 29 ans, tombé d'un 3e étage, apporté à l'hôpital dans un état de collapsus profond. Quand il fut en état de répondre, il se plaignit de violentes douleurs dans la région abdominale, surtout du côté droit. Urine sanglante.

Trois semaines après, toute trace de choc traumatique ayant disparu, l'urine redevenue normale, on constata la présence d'une tumeur fluctuante, à droite au bord inférieur des dernières côtes. Une ponction donna 69 onces d'un liquide présentant tous les caractères de la bile. L'examen microscopique et chimique démontre que c'était bien de la bile.

Les douleurs, la dyspnée, furent soulagées, la température redevint normale.

Le lendemain, frisson ; la poche s'est de nouveau remplie. Teinte subictérique des conjonctives.

Quelques jours plus tard les accidents étaient tels qu'on ouvre la poche ; incision d'un pouce et demi. On retire 65 onces de bile et le doigt pénètre dans une cavité recouverte par le foie, on ne put définir s'il s'agissait de la vésicule ou d'une poche kystique. Drainage.

Pendant plusieurs semaines la bile tache le pansement. Après des péripéties diverses résultant de l'ouverture de la poche dans le poumon, le malade sortit de l'hôpital après 10 mois de séjour, portant encore une fistule donnant simplement un peu de pus. A. C.

VII. — Femme de 43 ans, portant depuis 9 semaines une tumeur abdominale du côté droit, douloureuse à la pression : antécédents de dyspepsie et de gastralgie obscures.

A l'exploration, la tumeur paraissait dure, arrondie, mobile, à droite de l'ombilic, sans rapports évidents avec le foie ou le rein. Jamais d'ictères, garde-robes régulières. L'auteur diagnostiqua une tumeur solide, probablement cancéreuse, de l'épiploon.

Le 5 septembre ouverture de l'abdomen : on reconnaît qu'il s'agit d'une vésicule biliaire distendue. Après avoir garni le pourtour de la tumeur d'éponges,

pour protéger les intestins, la vésicule est ponctionnée avec un trocart courbe et une canule; issue de 7 onces de liquide muco-purulent. Le chirurgien agrandit l'ouverture, de façon à y faire pénétrer son doigt; il constate l'absence de calcul biliaire et la présence de saillies de la muqueuse comme dans une vessie à colonnes. Il suture les bords de la plaie de la vésicule avec ceux de la plaie abdominale et laisse un drain à demeure. Guérison très régulière au bout de 4 semaines sans qu'à aucun moment la fistule donnât issue à de la bile : le canal cystique était évidemment oblitéré par le fait d'une ancienne cholécystite.

L'auteur fait suivre son observation d'un résumé des principaux cas publiés ci-dessus. Il arrive à un total de 28 opérations ayant donné 21 guérisons, 4 morts et trois résultats inconnus. H. R.

VIII. — Femme de 59 ans, d'une bonne santé. Dix-huit mois auparavant, douleurs vives dans le flanc droit, sans colique hépatique avérée, ni jaunisse. A son entrée à l'hôpital, on constate une tumeur mobile dans l'hypochondre droit, ressemblant absolument à une ectopie rénale, peu douloureuse d'ailleurs à la pression. Urines normales.

Six mois plus tard, la malade revient à l'hôpital. Sa tumeur a considérablement augmenté de volume; elle n'est plus mobile, et adhère manifestement au foie: elle présente la forme allongée de la vésicule, et est sensible à la pression. Du côté du foie, il n'y a pas d'augmentation de volume, point de troubles généraux autres que des douleurs irradiant vers le dos, des troubles dyspeptiques et de l'amaigrissement.

On décide une opération, qui est pratiquée le 30 janvier 1883.

Incision verticale commençant à deux travers de doigt au-dessous des côtes et conduite le long du bord externe du droit antérieur de l'abdomen A l'ouverture de la cavité abdominale, on voit proéminer la vésicule biliaire distendue : le toucher fait reconnaître un paquet de calculs à la partie postérieure de la tumeur. Après avoir protégé les intestins avec des éponges phéniquées, on ponctionne la vésicule ; il sort un flot de bile épaisse, dont quelques gouttes, malheureusement, tombent dans la cavité péritonéale. Une fois le liquide évacué, l'incision de la vésicule est agrandie verticalement sur l'étendue d'un pouce, et les calculs extraits au moyen d'une pince. On en recueille un grand nombre, qui pèsent 33 grammes. Après avoir constaté la perméabilité des canaux biliaires, on décida, sur le conseil de Spencer Wells, de suturer la plaie de la vésicule et de la laisser dans l'abdomen, de façon à éviter une fistule biliaire. La chose fut ainsi faite, mais la malade fut prise presque immédiatement après l'opération de péritonite, et succomba au bout de 48 heures.

L'autopsie montra que de la bile s'était épanchée entre les anses intestinales, mais il ne semble pas que cette bile eût transsudé à travers la suture de a plaie vésiculaire, car celle-ci fut trouvée intacte.

Aussi l'auteur ne blâme-t-il pas la pratique employée, tout en reconnaissant qu'il est plus prudent d'établir une fistule biliaire à la manière de Lawson Tait.

IX. — Winiwarter a établi, dans un cas où l'oblitération du canal cholédoque ne permettait pas le rétablissement du cours normal de la bile, une fistule cysto-entérique.

L'opération a été faite en plusieurs temps.

Il s'agissait d'un malade de 34 ans, entré à l'hôpital pour des syptômes de pérityphlite. On diagnostiqua une occlusion du canal cholédoque, donnant lieu à de la rétention biliaire et de la distension de la vésicule. Des ponctions (quatre) donnèrent issue à six litres de liquide bilieux, les accidents reparaissant, Winiwarter se décida à intervenir : après avoir ouvert le ventre,

dégagé la vésicule et reconnu l'occlusion du canal, il lia la vésicule au côlon ascendant, et, une fois les adhérences formées, établit une fistule en ponctionnant l'intestin, après ouverture de la vésicule biliaire.

Winiwarter croit préférable de choisir le duodénum pour l'écoulement de la bile, et il propose le procédé suivant :

Ponction de la vésicule distendue avec un trocart explorateur. Opération quelques jours après quand la vésicule s'est à moitié remplie.

Incision en forme de T transversal, recherche de la vésicule et de l'intestin, palpation soigneuse de la vésicule et du canal cholédoque pour s'assurer qu'il n'y a ni calcul ni tumeur. On prend alors une anse intestinale aussi voisine que possible du duodénum, lequel est trop immobile, et on la lie avec la vésicule sur une étendue de 2 centimètres de sa circonférence, en faisant des sutures superficielles n'intéressant pas la muqueuse. Puis, suture des parties ainsi accolées à la plaie abdominale ; pansement à la gaze iodoformée. Cinq ou six jours après, établissement de la fistule entre l'intestin et la vésicule. Pour cela, on fait une boutonnière à l'intestin, on passe un bistouri avec lequel on fait une incision intéressant à la fois la vésicule et l'intestin adossés l'un à l'autre, enfin on referme la petite plaie intestinale en nouant les fils de suture mis en place auparavant.

GALLOIS.

X.— Le but de l'opération proposée par Gaston est d'établir une fistule biliaire entre la vésicule et l'intestin voisin, pour éviter la déperdition produite par l'écoulement de la bile à l'extérieur.

L'idée de cette opération lui fut suggérée par deux autopsies dans lesquelles les calculs biliaires avaient pris une voie anormale.

Dans le 1er cas, il s'agissait d'un homme atteint d'ictère chronique, qui eut un soulagement marqué quand les garde-robes redevinrent bilieuses, entraînant un grand nombre de gros calculs, trop volumineux pour avoir pu franchir le canal cholédoque. Le malade étant mort d'accidents pulmonaires produits par une fistule biliaire pleurobronchique, on put voir que la vésicule biliaire communiquait d'une part avec le côlon tranverse, d'autre part, qu'il existait un abcès sous-diaphragmatique où la bile et le pus s'étaient fait jour vers le poumon.

Le second cas était également un fait de jaunisse chronique avec tumeur volumineuse produite par la vésicule. La malade mourut de consomption sans intervention chirurgicale. On trouva le canal cholédoque oblitéré et induré, le canal cystique était rempli par un volumineux calcul, la cholécystotomie eût soulagé la malade, mais n'eût pas rétabli le cours de la bile.

Enfin, un troisième fait est relatif à une vieille femme qui présentait une tumeur formée par la vésicule biliaire distendue, et qui n'allait à la garde-robe que très difficilement. Les matières étaient décolorées, la malade allait succomber, quand un purgatif composé d'une grande quantité d'huile d'olive amena l'évacuation d'une copieuse décharge de bile épaissie et demi-solide, en même temps que diminuait la tumeur de la vésicule.

L'auteur en conclut qu'il y avait un pertuis fistuleux étroit entre la vésicule et l'intestin, et que le canal cholédoque était obstrué. En tout cas, la malade guérit parfaitement le jour où la bile repassa dans l'intestin.

Ces prémisses une fois posées, l'auteur décrit aussi l'opération, qui lui semble répondre le mieux aux indications physiologiques.

Une incision abdominale ayant été faite au point le plus proéminent de la tumeur, le chirurgien, soit avec son doigt, soit avec ses yeux, appré-

cie l'opportunité d'ouvrir largement la vésicule : cette manœuvre vaut mieux qu'une ponction préalable.

S'il y a intérêt à ouvrir le sac, et qu'il n'y ait pas d'adhérences avec la paroi abdominale, il est indiqué de suturer la vésicule à cette paroi et de la maintenir hermétiquement adhérente. Cela fait, on excise d'un coup de ciseau la portion de vésicule comprise entre les ligatures de façon à permettre la libre évacuation du liquide et des calculs et d'explorer l'intérieur de la cavité vésiculaire pour s'assurer de la perméabilité du canal cholédoque. Celle-ci persiste-t-elle, si faible quelle soit, on doit essayer la dilatation du canal cholédoque. Dans le cas contraire il faut faire communiquer l'intestin avec la vésicule. Ceci peut se faire, soit en établissant artificiellement un trajet dans la direction primitive du cholédoque au moyen d'un trocart courbe, soit en établissant des adhérences et une suture entre l'anse intestinale et la plaie vésiculaire.

Cette dernière opération n'a pas été faite sur le malade, mais Gaston l'a expérimentée sur des chiens. Il a cherché à unir dans une ligature élastique les parois du duodénum et celles de la vésicule biliaire : puis, dès que l'adhérence était intime, à ouvrir largement la portion ainsi réunie. Les résultats de ces expériences ne paraissent pas satisfaisantes. Les 5 chiens ainsi opérés moururent, les uns de péritonite suraiguë, les autres tardivement avec des abcès profonds sous-hépatiques; enfin, si dans la plupart des cas les adhérences artificiellement développées étaient intimes, il ne semble pas cependant que l'on puisse toujours compter sur leur solidité. C'est, dans tous les cas, une opération chirurgicale très délicate, car la ligature élastique de la paroi vésiculaire avec la paroi intestinale est très difficile à faire correctement : tantôt elle étrangle toute l'anse intestinale, tantôt elle glisse, et suivant la façon dont le nœud est placé, l'auteur a retrouvé le fil soit dans la vésicule biliaire, soit dans l'intestin. H. R.

XI. — L'auteur publie un nouveau cas de cholécystotomie pratiquée pour une obstruction biliaire caractérisée par des douleurs qui, remontant à plusieurs années, s'étaient aggravées de plus en plus, par de la distension de la vésicule et du gonflement du foie. L'incision des parois fit voir, en effet, une vésicule énorme ; on ouvrit la vésicule et l'on sutura les bords à la paroi abdominale. On ne trouva pas de calculs. Le pansement fut laissé en place quatre jours. Le gonflement du foie avait diminué, et au premier pansement on recueillit sept calculs ; au second pansement, cinq nouveaux calculs. Les douleurs persistant, on dut élargir l'orifice fistuleux et l'on essaya de passer une sonde dans le canal cholédoque. A partir de ce moment, les selles reprirent le caractère normal et la guérison suivit son cours. Deux mois plus tard, on dut dilater la fistule et l'entretenir ouverte, les douleurs reparaissant par insuffisance probable du canal cholédoque.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, Prewett dit que la présence de calculs, même quand le palper les fait bien reconnaître, n'est une indication d'opération qu'autant qu'il survient des symptômes graves et menaçants.

S.-W. Gross a rassemblé 42 observations d'opérations de ce genre; 36 cholécystotomies et 6 cholécystectomies. Les 36 ouvertures de la vésicule ont donné 28 guérisons, 8 morts : 3 d'épuisement et d'hémorragie, 2 de choc traumatique, 1 par issue de la bile dans le péritoine et péritonite.

Dans 4 cas, on a suturé la vésicule et on l'a rentrée dans l'abdomen; une mort; dans les 32 autres cas, la vésicule a été suturée à la paroi.

Les 6 cas de cholécystectomie (5 par Langenbuch, 1 par Courvoisier) ont donné une mort par ulcération du canal cystique et pénétration de la bile dans le péritoine.

(Voir les deux observations de Thiriar, ci-dessous.)

XII. — J. Bœckel résume, par les propositions suivantes, les indications de la cholécystotomie.

Voici ses conclusions :

La cholécystotomie emprunte sa gravité à la présence ou à l'absence de fistule biliaire.

A. 1° Dans le premier cas (existence d'une fistule ayant démontré ou fait soupçonner la présence d'un ou plusieurs calculs), l'intervention opératoire s'impose;

2° Bien que la guérison s'obtienne quelquefois spontanément, il y a tout avantage à intervenir de bonne heure;

3° L'intervention hâtive assure et hâte la guérison en conjurant les accidents dus à l'écoulement incessant de la bile;

4° L'opération est d'une simplicité et d'une bénignité remarquables, grâce aux adhérences qui unissent la vésicule à la paroi abdominale; lors même qu'on est amené à ouvrir le péritoine, la cholécystotomie pratiquée dans ces conditions peut être considérée comme inoffensive, grâce à la méthode antiseptique.

B. 1° Dans le deuxième cas (absence de fistule et d'adhérences), l'opération est infiniment plus grave; ses indications sont plus délicates à saisir;

2° Avant tout, il faut établir le diagnostic causal de l'obstruction des voies biliaires et être certain de la présence de calculs, pour ne pas s'exposer à faire une opération d'une utilité douteuse;

3° Lorsque les commémoratifs, la marche de l'affection, l'examen attentif du malade, et surtout la *présence d'une tumeur biliaire*, lorsque la *ponction exploratrice* aura révélé la présence de calculs biliaires, la cholécystotomie faite en temps opportun paraît indiquée;

4° Le diagnostic bien établi, l'opération doit être faite de bonne heure pour parer aux accidents graves, mortels même, qui peuvent être la conséquence de l'abstention;

5° Dans toute autre circonstance, l'opération est trop grave par elle-même, ses résultats trop incertains, pour exposer les malades à en courir les risques sans grand profit;

6° L'état actuel de nos connaissances ne permet pas d'établir si c'est à la cholécystotomie ou à la cholécystectomie qu'il faut avoir recours. A l'avenir appartient d'apporter des faits nouveaux et de résoudre le problème.

XIII. — Dans cette note, l'auteur insiste sur les difficultés d'établir avec exactitude le diagnostic sur les indications qui peuvent motiver cette intervention. Il conseille de recourir, avant d'ouvrir la vésicule, à une ponction exploratrice. Aucune observation personnelle à l'appui.

XIV. — Les indications et contre-indications varient beaucoup suivant que le chirurgien se trouve en présence d'une occlusion complète, persistante du canal cholédoque avec rétention de la bile, ou d'une occlusion

du canal cystique et d'une hydropisie ou d'un empyème de la vésicule. Dans le premier cas l'opération est de nécessité comme l'entérotomie dans l'occlusion intestinale; il faut sauver la vie du malade. Dans le second cas, il s'agit non seulement de procurer un soulagement, de remédier à des accidents du moment mais aussi d'amener une guérison complète et définitive.

On peut classer en trois groupes les conditions morbides qui peuvent faire obstacle au cours de la bile dans le conduit cholédoque.

1° Les entozoaires (lombrics, douve, hydatides) et les calculs;

2° La cause la plus fréquente est une altération organique des parois, qu'il s'agisse d'un épaississement par néoformation conjonctive, par inflammation, d'une atrésie par adhérences, suites d'ulcérations, ou enfin de véritables rétrécissements tenant à des infiltrations du tissu sous-muqueux;

3° Les obstructions par compression (tumeur maligne d'un organe voisin, anévrisme hépatique, tumeurs abdominales, etc.).

De ces diverses causes celle qui donne lieu le plus fréquemment à l'hydropisie et la suppuration de la vésicule est la présence de calculs qui amènent l'obstruction directement en bouchant le conduit, ou indirectement en ulcérant la muqueuse, provoquant l'épaississement des parois. Le liquide bilieux, puis muqueux, finit par se transformer en un liquide purulent, et l'hydropisie simple devient un véritable empyème. Le diagnostic entre ces deux états n'est pas facile; la fièvre, les frissons répétés, les sueurs nocturnes, quelquefois l'inflammation des parois, mettront sur la voie de la suppuration de la poche.

Witzel a pratiqué avec succès la laparotomie et l'ouverture de la vésicule pour une hydropisie avec calculs.

XV. — Dans cette revue critique, l'auteur rappelle d'abord, d'après les travaux de Charcot, Mossé, à quels accidents peuvent donner lieu la rétention biliaire ou l'obstruction calculeuse. Il y a un siècle, J.-L. Petit avait indiqué d'après des observations de traumatismes des voies biliaires la possibilité d'atteindre la vésicule, quand les adhérences péritonéales sont suffisamment solides. On consultera avec fruit cet abrégé historique. Les faits récents de cholécystotomie (voyez plus haut) sont discutés au double point de vue des indications et du procédé opératoire.

XVI.— Revue critique, d'après les travaux de Witzel, Tait, Musser et Keen.

XVII. — Revue générale où sont discutés avec beaucoup de justesse les indications de l'opération et les procédés à employer. A. C.

XVIII. — Dans cette revue critique, l'auteur traite la question de la cholécystotomie au point de vue historique, rappelant les premiers essais de ponction de la vésicule par J.-L. Petit, Chopart, Desault, etc. Il donne ensuite un résumé des opérations pratiquées jusqu'à ce jour et discute les indications de l'opération.

La cholécystotomie est indiquée dans quatre cas : 1° lithiase biliaire, quand les autres moyens sont restés sans effet; dans ce cas on doit donner du chloroforme pour faciliter la palpation et assurer le diagnostic de calculs biliaires; ce diagnostic peut être complété par une ponction exploratrice;

2° L'hydropisie et l'empyème de la vésicule. Roth signale les difficultés de diagnostic qui peuvent surgir du fait de l'interposition d'une anse intestinale entre la tumeur et le foie ;

3° L'oblitération du canal cholédoque;

4° Plaies de la vésicule. GALLOIS.

XIX. — 1° Femme de 64 ans chez laquelle sont apparus, d'une façon assez aiguë, une grosse tumeur fluctuante au niveau de la vésicule biliaire et de l'ictère, sans jamais aucune colique hépatique.

Opération le 4 mars 1884. Section, couche par couche, de la paroi abdominale au niveau du bord externe du grand droit abdominal du côté droit. Vésicule biliaire attirée au dehors et incisée ; issue de 300 grammes de mucus incolore contenant plus d'une centaine de petits calculs variables entre un demi-pois et un haricot. Suture et réduction de la vésicule ; suture de la plaie abdominale. Pansement de gaze au sublimé. Après l'opération, la plus haute température ne dépasse pas 38°,1. Dès le 11, la plaie était complètement cicatrisée ; le 1er avril la malade commençait à se lever, mais l'ictère, la décoloration des facies et les urines bilieuses persistaient.

Le 21 mai la femme succomba à une pneumonie double. A 1 1/2 centimètre au-dessous de la vésicule biliaire, qui était peu dilatée, le canal cystique était complètement atrésié par du tissu cicatriciel. Au sein de ce tissu, et difficile à découvrir, se trouvait enkysté un calcul de la grosseur d'un pois, qui comprimait le canal cholédoque. Aucune trace d'inflammation récente.

2° Femme sujette depuis deux ans à des alternatives de tuméfaction de la vésicule biliaire s'accompagnant de douleurs intenses et de phénomènes généraux graves. Chaque fois la tumeur s'affaissait subitement à la suite d'une rémission des douleurs, et l'on pouvait prévoir l'existence de concrétion dans la vésicule. Jamais d'ictère.

Le 6 juin 1884, au moment de l'opération, la vésicule forme une tumeur élastique ayant les dimensions d'un œuf d'oie. Même incision des parois abdominales que chez la malade précédente. Le palper fait reconnaître l'existence d'un gros calcul complètement immobile au niveau du col de la vésicule et celle de plusieurs concrétions mobiles dans la cavité de la vésicule. Courvoisier se décide pour l'extirpation totale de la vésicule et y procède de la façon suivante :

Section du repli péritonéal allant du foie à la vésicule, et ligature de nombreux petits vaisseaux. Isolement de la vésicule à coups de bistouri, pour la séparer du foie et la détacher jusqu'au niveau du conduit cystique, qui est lié et coupé au-dessus du gros calcul. Toilette du péritoine ; suture et drain. Pansement de gaze au sublimé.

14 heures après l'opération, la température s'élève à 38°,7 et il se fait un suintement de bile qui cesse vingt heures plus tard. Dès lors guérison sans incidents et plaie se réunissant par première intention. A partir du 11 juin apyrexie. J. B.

XX. — Thiriar a pratiqué deux fois avec succès l'opération de Langenbuch.

1° Femme de 44 ans souffrant depuis quatre ans de coliques hépatiques que les divers traitements suivis n'ont nullement améliorées. Crises se succédant rapidement : après chacune d'elles on trouve dans les selles un calcul arrondi de la forme et du volume d'un pois. Tout en admettant que la vésicule biliaire ne renferme pas de calculs, et que ceux-ci ne se forment que peu de temps avant les crises, l'auteur se décide à faire l'extirpation de cette vésicule pour prévenir le développement de nouveaux calculs.

Toutes les précautions antiseptiques étant rigoureusement observées et la malade endormie, une incision de 15 centimètres environ est faite suivant le bord externe du muscle abdominal droit. Le muscle est incisé transver-

salement à ses fibres à 3 travers de doigt dans les fausses côtes, ainsi que la peau ; la plaie a la forme d'un T renversé de côté. La vésicule biliaire présente avec le duodénum des adhérences qui sont détachées à l'aide de ciseaux ; l'opérateur procède de même pour isoler la vésicule de ses connexions avec le foie. Le canal cystique est alors bien isolé : une première ligature en soie sublimée est jetée à son origine au delà du collet ; une seconde ligature de précaution est placée plus haut pour empêcher la bile de s'écouler dans la vésicule. Le canal cystique est incisé entre les deux ligatures et ses lèvres sont suturées par de la soie fine sublimée. Les lèvres de la plaie abdominale sont ensuite réunies ; celles du péritoine d'abord isolément avec du fin catgut, celles du ventre par des sutures profondes et superficielles. Pansement phéniqué. L'opération dura un peu plus d'une heure et demie.

Six jours après l'opération la malade se levait et reprenait son régime ordinaire.

2° Femme de 25 ans, de forte constitution, ayant eu 4 enfants, souffre depuis 3 ans de coliques biliaires. Les crises ont été plus fortes et plus fréquentes pendant les deux dernières grossesses, les deux enfants sont morts de convulsions quelques jours après leur naissance. Depuis un mois les crises sont terribles et ne laissent aucun répit à la malade, que l'on reconnaît être enceinte de quatre mois environ. L'opération fut faite comme dans le premier cas ; la vésicule contenait une douzaine de calculs. Guérison en 10 jours.

L'auteur fait suivre le récit de ces deux faits des remarques suivantes :

Tout démontre que la vésicule du fiel n'est pas indispensable à la régularité des fonctions digestives de l'homme. Cet organe manque chez beaucoup de mammifères, et il n'est pas rare de le rencontrer complètement obturé et atrophié chez l'homme.

Si l'on doit admettre que ce n'est pas seulement dans la vésicule que les calculs peuvent se former, c'est là un fait excessivement rare en dehors de certains états pathologiques qui provoquent la formation des cholélithes dans les canaux et conduits biliaires. Or, ces états pathologiques (cancer, obstruction des voies biliaires) préexistants sont précisément une contre-indication formelle de la cholécystectomie.

Cette opération est évidemment délicate et difficile à pratiquer, mais étant donné le peu de gravité des lésions péritonéales produites, en observant les règles de la méthode antiseptique, l'auteur estime que de toutes les laparotomies, c'est l'extirpation de la vésicule biliaire qui paraît la moins grave, la moins dangereuse. C'est une opération qu'il est permis de pratiquer dans les cas de lithiase biliaire qui ont résisté au traitement médical et qui produisent de violentes crises.

Quant à la cholécystotomie, si elle est plus facile à pratiquer que la cholécystectomie, elle a l'inconvénient de laisser à sa suite une fistule biliaire avec tous ses dangers, elle n'enlève pas l'organe producteur des calculs ; ceux-ci peuvent se reformer. F. H.

I. — Penetrating gunshot wounds of the abdomen, par Charles T. PARKES (*Med. News*, 17 *mai* 1884).

II. — Laparotomy for gunshot wound of the small intestine, par W.-T. BULL (*Ibid.*, 14 *février* 1885).

III. — Unique case of abdominal injury, par W.-L. ESTES (*Ibid.*, 4 *octobre* 1884).

IV. — Fall von Bauchwunde mit Darmvorfall, par J. HEGETSCHWEILER (*Corresp. Bl. f. schweizer Aerzte*, 15 *février* 1883).

V. — Traitement des ruptures traumatiques de l'intestin par la laparotomie et la suture, par BOUILLY, rapport par BERGER ; *idem*, **par CHAVASSE ; rapport par CHAUVEL** (*Bull. Soc. de chir.*, *IX*, *p.* 690, *et XI*, *p.* 123).

VI. — Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen, par CHAVASSE (*Congrès franç. de chir.*, 11 *avril* 1885).

VII. — Beobachtungen ueber Laporotomie, par ROKITANSKY (*Wiener med. Presse*, *n°* 25, 1884).

VIII. — Zur Frage ueber die Mittel zur Vorbeugung von Hernien nach Laparotomien (Moyens de prévenir les hernies à la suite des laparotomies), par O. HAGEN-TORN (*Cent. f. Chir.*, *n°* 85, 1884).

IX. — Nouvelle manœuvre pour la réduction de la hernie crurale chez la femme, par ROUX (*Rev. méd. de la Suisse romande*, *février* 1884).

X. — Zur operativer Behandlung der Hernia funiculi ombilicalis, par FELSENREICH (*Wiener med. Presse*, *n°* 17, 1884).

XI. — Beiträge zur Herniotomie eingeklemmten Nabelbrüche (Kélotomie dans la hernie ombilicale étranglée), par HOFMOKL (*Wiener med. Presse*, *n°* 1, 1884).

XII. — Ueber Albuminurie bei eingeklemmten Eingeweidebrüchen (Albuminurie dans les hernies étranglées), par ENGLISCH (*Wiener med. Jahrb.*, *Heft* 2, *p.* 259, 1884).

XIII. — Radical cure of a large congenital omental hernia by extirpation, par Robert-F. WEIR (*New York surg. Soc.*, 10 *mars* 1885).

I. — L'auteur a fait un grand nombre d'expériences (37) pour étudier les résultats de l'intervention chirurgicale immédiate à la suite des plaies par armes à feu de l'abdomen. Les animaux étaient anesthésiés et les coups étaient tirés à courte distance avec le revolver Smith et Wesson, calibre 22, 32, 38 et 44, et la carabine calibre 22. Voici les conclusions littérales de cette consciencieuse étude :

1° L'hémorragie consécutive aux plaies par armes à feu de l'abdomen et des intestins est très souvent assez grave pour ne pouvoir être arrêtée sûrement qu'après ouverture de l'abdomen ; en tout cas, elle est toujours suffisante pour mettre la vie en danger par la décomposition septique secondaire, accident qui ne peut non plus être évité que par la laparotomie ;

2° L'épanchement du contenu de l'intestin est aussi certain que l'existence de la plaie ;

3° On ne peut préjuger en rien le trajet du projectile d'après la situation des plaies d'entrée et de sortie ;

4° Les plaies d'entrée et de sortie ne doivent être touchées que pour arrêter le sang ou retirer les corps étrangers, quand il y en a. Elles ont seulement besoin d'être protégées par le pansement antiseptique appliqué sur l'abdomen;

5° Plusieurs perforations de l'intestin, réunies sur un même point, ne demandent qu'une résection unique, comprenant toutes les ouvertures.

Les plaies qui ont détruit la surface mésentérique de l'intestin réclament toujours la résection ;

6° Le meilleur procédé pour la réunion de l'intestin après résection est la suture de Lembert avec des fils de soie fins. La suture doit porter au moins sur un tiers de pouce de la paroi, transfixant seulement les tuniques séreuse et musculaire, sans jamais comprendre la muqueuse. La muqueuse renversée doit être retournée ; il n'est pas besoin d'autre traitement ;

7° Les plaies de l'estomac, les petites perforations et les abrasions de l'intestin doivent être soigneusement réunies au moyen de la suture de catgut ;

8° Chaque point, donnant du sang, doit être lié ou cautérisé, et on doit assurer du mieux possible le nettoyage de la cavité abdominale ;

9° Le meilleur procédé de traitement du mésentère divisé est sa suture à l'intestin au point de la résection ;

10° La laparotomie *primitive*, immédiate sur la ligne médiane fournit la voie la meilleure et le moyen le plus sûr de remédier aux accidents. Cette opération ajoute peu, si elle ajoute, aux dangers de la plaie elle-même.

II. — Un homme de 22 ans reçoit dans l'abdomen, près de l'ombilic, une balle de revolver, calibre 32. Bull le voit 17 heures après l'accident ; la douleur est vive, le pouls à 102, la respiration à 30, la température à 100°,2 Fahr. La laparotomie est pratiquée sur la ligne médiane, avec toutes les précautions antiseptiques ; l'incision s'étend de l'ombilic au pubis. Deux pintes de sérum sanglant s'échappent avec de petits caillots ; les intestins et le mésentère présentent déjà des signes évidents de péritonite. Une plaie de la tunique séreuse faite par les ciseaux est liée au catgut. On trouve sept perforations de l'intestin grêle qui sont obturées par la suture de Lembert ; les bords des sutures sont saupoudrés d'iodoforme. La balle est logée à la partie supérieure de l'S iliaque, vers le bord mésentérique ; elle est extraite et l'ouverture fermée par trois points de suture. Guérison complète.

C'est le premier succès pour une intervention dans les plaies de cette nature (voy. *R. S. M.*, XXII, 309).

III. — Un jeune homme de 18 ans tombe, pendant un exercice de gymnastique, sur une branche de pin formant le niveau d'un encadrement à franchir, la casse en deux, et un des fragments pénètre dans l'abdomen. L'extrémité de la tige de bois, qui sortait d'un pouce, était entrée sur le côté gauche du scrotum, au niveau du canal inguinal. L'auteur put retirer immédiatement un fragment long de 10 pouces, sans qu'on constatât d'issue de matière fécale ou d'hémorragie. Dans la région lombaire on reconnaît juste sous la peau l'autre extrémité du bois qui s'est cassé dans l'abdomen ; après anesthésie, on retire de la région lombaire droite un fragment de 4 pouces et demi de long. Le corps étranger avait en tout 14 pouces et demi. Le blessé succomba le 4e jour à la péritonite.

A l'autopsie, on reconnut que la péritonite était due au passage des matières fécales à travers deux petites ulcérations qui s'étaient produites sur l'iléon. L'iléon était en effet contus et déchiré superficiellement en 20 ou 30 points ; deux de ces plaies s'étaient ulcérées et avaient entraîné la mort par péritonite. Le péritoine était déchiré également sur plusieurs points.

Aucun autre organe n'était atteint. A. C.

IV. — Un homme reçoit un coup de stylet dans la région inguinale gauche. Il peut à peine rentrer à pied chez lui, seul, en comprimant de ses mains les intestins herniés.

En arrivant, Hegetschweiler constate que par la plaie, qui a 5 centimètres de long, 7 pieds d'intestin grêle, ne présentant ni blessure, ni trace d'inflammation ou de gangrène, font saillie sur les téguments abdominaux.

Après un nettoyage du paquet intestinal avec de l'eau phéniquée chaude, il procède à la réduction des anses procidentes. Malgré deux injections morphinées de 3 centigrammes, cette opération est assez laborieuse, vu l'étroitesse de la plaie et les efforts inconscients du malade.

Suture de la plaie avec trois fils de catgut et pansement antiseptique.

Dès lors injections quotidiennes de morphine. Le blessé a guéri rapidement, presque sans fièvre, la plaie s'est réunie en grande partie, par première intention, et la cicatrice était assez solide pour que, quatre mois plus tard, cet homme pût faire son service militaire. J. B.

V. — A deux reprises différentes, la Société de chirurgie vient d'étudier le traitement des ruptures traumatiques de l'intestin sans plaie extérieure.

La 1re fois il s'agissait d'une observation de M. Bouilly. Un homme de 29 ans entre à l'hôpital le 11 juin 1883, peu après avoir reçu deux coups de pied de cheval dans le ventre. Le soir même la péritonite débutait, et le lendemain le chirurgien considérant la perte du malade comme certaine, en laissant les choses à leur marche naturelle, pratiquait séance tenante la laparotomie. Deux foyers de contusion très rapprochés, une escarre brun foncé sur le point de se détacher, et une perforation de l'étendue d'une pièce de 10 sous à bords déchiquetés furent reconnus, et comme ils étaient rapprochés, on fit la résection de l'anse et la suture par abouchement des deux bouts ; puis la paroi abdominale fut refermée. L'opération fut suivie d'une amélioration considérable, les vomissements s'espacèrent, l'état général se releva notablement. Le troisième jour après l'opération, le malade eut une débâcle intestinale, mais en même temps la plaie abdominale se rouvrit et donna issue, elle aussi, à une certaine quantité de matières fécales. Les jours suivants les garde-robes étaient rendues à peu près en partie égale par l'anus et par la fistule abdominale ; cependant l'état général s'améliorait, et à tel point que dès le dixième jour Bouilly explora l'anus contre-nature dans le but de se rendre compte de la situation des deux bouts de l'intestin. Cette exploration fut faite avec le doigt ; mais malgré le tact du chirurgien, elle fut l'occasion d'une péritonite par rupture d'adhérences, à laquelle le malade succomba dès le lendemain. L'autopsie montra que les sutures avaient prématurément cédé; mais auparavant il s'était formé au pourtour de l'anse coupée entre elle, les anses voisines et la paroi abdominale, une série d'adhérences suffisantes pour s'opposer au passage des matières dans le ventre.

Le second cas est dû à Chavasse.

Le 28 septembre 1884, entre au Val-de-Grâce un dragon de 23 ans, frappé le même jour d'un double coup de pied de cheval à la région épigastrique. Les vomissements survenus deux heures plus tard, la face injectée, les traits tirés ne laissent aucun doute sur le diagnostic de péritonite. Le lendemain et les jours suivants la situation ne cesse de s'aggraver. Le 2 octobre Chavasse ouvre la paroi abdominale. Nombre d'anses intestinales sont successivement amenées au dehors, examinées avec soin, mais on ne trouve pas de perforation. En deux points le côlon transverse est contus, mais il n'est pas déchiré. Les doigts plongés dans le ventre constatent la présence d'une masse épaisse, mollasse, placée au devant du rachis ; c'est le mésocôlon infiltré de sang, pas d'odeur stercorale. On referme la plaie, mais le collapsus est manifeste, et le malade meurt le 5 octobre à midi, sept jours après l'accident. A l'autopsie on reconnaît une contusion de l'épiploon et du côlon transverse, une contusion du pancréas, mais aucune rupture de viscère.

Dans son rapport sur l'observation I, Berger a précisé les conditions

qui justifient une intervention de cette nature, et rappelé les tentatives antérieures dues à Larrey, Baudens, Legouest, mais seulement en présence de contusions accompagnées de solution de continuité de la paroi. Etre certain que l'intestin a bien réellement été rompu est une condition indispensable; on y arrivera en éliminant successivement les lésions de la vésicule biliaire (siège spécial du traumatisme, présence ou absence de bile dans les matières vomies) les déchirures superficielles du foie (écoulement sanguin et bilieux intra-péritonéal, siège de la contusion sur la région hépatique, péritonite non foudroyante et sans météorisme).

En ce qui concerne le manuel opératoire, il faut remarquer que la suture intestinale a lâché. Berger conseille en pareil cas de faire une section oblique de l'intestin pour faire porter les sutures sur une plus grande étendue, mais comme l'expérience apprend que si bien qu'elles soient faites, ces réunions sont à peu près toujours suivies de fistules stercorales, il serait d'avis de ne suturer l'intestin que dans une partie seulement des lèvres de la surface de section, et de ménager par conséquent sur sa périphérie une petite fistule stercorale que l'on fixerait à la paroi et qui jouerait le rôle d'une véritable soupape de sûreté. Verneuil et Després partagent cette manière de voir.

En face du cas de Chavasse, Chauvel, rapporteur, se demande quelle conduite il fallait tenir, et répond ainsi qu'il suit : Je crois qu'il faut ou intervenir de bonne heure, ou s'abstenir. JULLIEN.

VI. — Voici les conclusions de ce travail :

1° La laparotomie doit être pratiquée dans tous les cas de rupture de l'intestin sans lésion des parois abdominales.

2° L'opération sera faite aussi hâtivement que possible, avant que la péritonite ait pris une trop grande intensité.

3° Si la déchirure est minime, on fera une suture perdue et on refermera l'abdomen en mettant un tube à drainage; si elle est totale ou comprend la moitié de la circonférence de l'intestin, on établira un anus artificiel.

4° Cette opération est d'une utilité incontestable, étant donné l'excessive léthalité dans les lésions de ce genre. Elle n'est pas et ne peut pas être nuisible, même quand elle se borne à une simple incision exploratrice.

5° Les contre-indications sont un état de collapsus trop prononcé et indiqué par une température de 36 à 35 degrés, les lésions concomitantes de la rate, du pancréas, des reins et du foie (vésicule exceptée).

VII.— Rokitansky a pratiqué, depuis le mois d'octobre 1875, 67 laparatomies, dont voici le détail :

42 ovariotomies, dont 12 suivies de mort, ce qui donne une mortalité de 28,57 0/0 ;

6 ovariotomies incomplètes, avec 5 insuccès ;

6 paraovariotomies, avec 3 morts ;

3 incisions exploratrices pour une tumeur du foie et deux hydronéphroses (3 guérisons);

3 laparotomies à la suite d'erreurs de diagnostic ; il s'agissait une fois de péritonite tuberculeuse (décès au bout de trois mois), une fois de myxosarcome du grand épiploon (mort après dix jours), une fois de kyste du pancréas (mort onze jours après l'opération) ;

1 laparotomie pour l'extirpation d'un myofibrome de l'utérus; guérison;

6 laparohystérotomies, 5 morts.

Presque toutes ces opérations ont été faites à l'hôpital Marie-Thérèse, de Vienne.

Le diagnostic des productions ovariques présente de grandes difficultés; il est généralement impossible de savoir s'il existe des adhérences avec l'épiploon et les viscères abdominaux; les relations avec les organes du bassin peuvent cependant être appréciées d'une façon assez précise. L'auteur évite autant que possible les ponctions exploratrices.

Il ne considère pas comme indispensable de pratiquer l'incision de la paroi sur la ligne médiane; quant à la longueur de l'incision elle dépend des indications spéciales à chaque cas et paraît sans importance au point de vue des suites de l'opération.

L'auteur s'efforce d'arrêter très complètement les hémorragies de la paroi, d'abord au moyen de pinces, puis, si c'est nécessaire, en pratiquant des sutures au fil de soie. Dans ses ovariotomies, il n'a vu manquer les adhérences que onze fois; sept fois il a dû détacher des adhérences intestinales; du reste les adhérences n'ont pas compromis le succès des opérations. Quand leur rupture donnait lieu à une petite hémorragie, il suffisait du cautère Paquelin pour l'arrêter. Dans quelques cas l'hémorragie eut une certaine importance, et une fois il fallut comprimer l'aorte pour la faire cesser.

Chez 15 opérées qui ont guéri, le pédicule avait été maintenu hors de la cavité péritonéale par la pince de Spencer Wells; tandis que sur 25 opérés, chez qui le pédicule a été abandonné dans la cavité, 10 ont succombé. Aussi l'auteur recommande-t-il d'employer autant que possible le procédé d'extraction extra-péritonéale. Pour effectuer l'occlusion de la paroi, il commence toujours par des sutures profondes, comprenant le péritoine. Il a eu constamment, sauf dans un cas, la réunion par première intention.

Dans 7,14 0/0 des ovariotomies, l'auteur a trouvé les deux ovaires malades, mais une seule fois il a extirpé l'un et l'autre; le sujet a conservé ses règles pendant un an après l'opération. Trois ovariotomies ont été pratiquées chez des femmes qui avaient déjà subi une première fois l'opération; deux ont guéri; chez la troisième, l'ovariotomie n'a pu être terminée à cause des adhérences, mais la malade n'a succombé qu'au bout de dix mois. L. GALLIARD.

VIII. — L'auteur ayant fait involontairement, dans un cas d'ovariotomie, une incision légèrement courbe, cette incision porta, dans ses deux tiers supérieurs, sur le muscle droit. La malade guérit, mais cinq mois après, il y avait dans le tiers inférieur de la cicatrice, c'est-à-dire au point où l'incision avait porté sur la ligne blanche, une hernie de la grosseur d'une noix.

L'auteur en conclut que la ligne blanche étant la partie la plus faible de la paroi abdominale, la mieux prédisposée aux hernies par sa structure, l'incision dans les laparotomies doit se faire non pas sur la ligne blanche, mais sur l'un des muscles droits, parallèlement à ses fibres. Il a agi de la sorte dans deux nouvelles ovariotomies et dans deux laparotomies exploratrices et le résultat a été parfait; il n'a rencontré ni d'hé-

morragie ni de difficulté à extraire le kyste ou à explorer l'abdomen; l'épaisseur même des lèvres de l'incision musculaire favorise la réunion primitive. Malheureusement ces observations sont trop récentes pour qu'on puisse en déduire une conclusion au point de vue des hernies.

DE SANTI.

IX. — Chez une malade de 65 ans, atteinte d'une hernie crurale droite, de la grosseur d'un œuf, étranglée depuis peu de temps, après avoir essayé inutilement tous les moyens usuels (taxis, pulvérisations d'éther, vessie de glace, compression continue), Roux eut l'idée d'agir sur l'intestin par le vagin, qui était vaste et dilatable. La femme étant en outre très maigre, il put facilement circonscrire par la palpation bimanuelle le pédicule de la hernie. Alors, après avoir, pour ainsi dire, chargé celui-ci sur l'extrémité du médius de la main droite, il lui fit subir des mouvements de latéralité, tandis que de l'autre main, il comprimait la tumeur de tous côtés.

Au bout de quelques minutes, le pédicule parut d'abord se mobiliser, puis on sentit un craquement doux, et la hernie rentra. J. B.

X. — Un nouveau-né du sexe masculin, pesant 3 kilogrammes et long de 49 centimètres, présente à la paroi abdominale antérieure une hernie médiane grosse comme un citron, sur laquelle s'implante le cordon avec ses vaisseaux. La brèche de la paroi mesure 8 centimètres de long et 4 de large. L'intestin contenu dans la hernie est réductible en grande partie, mais les enveloppes délicates menacent de se déchirer quand on exerce la compression. Aussi la kélotomie est-elle inévitable.

Six heures après la naissance, le chirurgien ouvre le sac par une incision longitudinale qui intéresse le péritoine, constate l'intégrité absolue de l'intestin, fait maintenir le paquet intestinal avec une éponge, excise le sac et suture les bords avivés de l'ouverture abdominale au moyen de douze fils de soie. Il est forcé de lier l'artère ombilicale droite. Pansement à l'iodoforme.

L'auteur, pour éviter l'intoxication phéniquée, ne s'est servi des instruments et des éponges trempés dans l'acide phénique qu'après lavage dans l'eau bouillante ou la solution d'acide thymique.

Réunion par première intention, apyrexie. Second pansement le quatrième jour, ablation des sutures le neuvième jour.

Immédiatement après l'opération, l'enfant a pris le sein d'une nourrice robuste, plus tard de sa mère; et pendant les deux premières semaines il n'a perdu que 180 grammes. Ensuite il augmente régulièrement de poids. La guérison est complète.

L. GALLIARD.

XI. — L'auteur publie trois observations personnelles:

1° Femme de 63 ans, ayant eu six enfants, le dernier à 38 ans; elle a un fort embonpoint. Depuis trois jours, à la suite d'un effort, elle éprouve des douleurs abdominales et souffre de constipation. A l'ombilic existe une hernie molle, mais plus haut une tumeur tendue contenant de l'intestin. Vomissements fécaloïdes. Le taxis n'ayant pas réussi, le chirurgien incise la peau et le sac herniaire; il y trouve une anse de 12 centimètres avec un peu d'épiploon. L'intestin est bleu foncé, recouvert d'un exsudat fibrineux. Lotions avec la solution de sublimé à 1/000. On constate que l'anneau herniaire ne se confond pas avec l'anneau ombilical, mais existe au-dessus de lui. Ce dernier livre passage à une hernie épiploïque sans complication. L'opérée guérit sans fièvre en quatre semaines.

2° Homme de 67 ans, atteint depuis 12 ans de hernie ombilicale et de hernie inguinale droite. Étranglement depuis deux jours. Tumeur à l'ombilic, large de 8 centimètres, recouverte de peau mince et tendue, douloureuse à la pression. Comme les phénomènes ne sont pas menaçants bien que le taxis ait échoué, le chirurgien attend deux jours. Le 17 mai kélotomie; on trouve une anse intestinale brun foncé avec épiploon adhérent au sac. Débridement de

l'anneau ombilical du haut. Lotion phéniquée. Réduction de l'intestin seul, l'épiploon restant en place. Guérison par première intention, en 15 jours.

Le sujet avait en même temps un abcès à la cuisse et une ulcération au pied qui guérirent rapidement.

3° Dans ce cas l'opération n'a pas été pratiquée, le sujet, âgé de 70 ans, ayant été apporté à l'hôpital *in extremis*. Du reste la hernie était énorme, contenait tout le duodénum, des anses de l'iléon et de jejunum soudées par des exsudats fibrineux. Gangrène et perforation sur plusieurs points. Péritonite purulente généralisée. L. GALLIARD.

XII. — L'auteur a examiné, depuis 1879, l'urine de tous les sujets atteints de hernies étranglées et inflammées et a obtenu les résultats suivants :

Sur 29 hernies étranglées (inguinales, crurales et ombilicales) traitées par le taxis, l'albuminurie existait 10 fois.

Sur 25 hernies étranglées traitées par la kélotomie, l'albuminurie est notée 22 fois.

Sur 13 hernies enflammées, l'albuminurie existait 2 fois.

C'est la catégorie des hernies opérées qui fournit la plus forte proportion (85 0/0) ; l'albuminurie augmente donc suivant l'importance des obstacles qui s'opposent à la réduction.

Chez les sujets dont l'urine était normale avant l'étranglement, on voit l'albumine apparaître et augmenter d'une façon progressive jusqu'au moment où l'on se décide à l'opération ; elle dépasse toujours les proportions qu'elle atteint dans les cas où le taxis suffit, et la kélotomie étant faite, elle persiste encore pendant deux, trois, quatre jours au plus. Le phénomène est indépendant de l'âge des sujets, de la variété de hernie, de son ancienneté, du nombre des étranglements antécédents. Rare dans les hernies partielles, il est constant quand le sac contient une anse intestinale complète, avec ou sans épiploon.

Chez les sujets qui avaient déjà de l'albuminurie, il acquiert une intensité exceptionnelle.

En dehors de cette circonstance, la quantité d'albumine varie suivant les cas particuliers ; son accroissement n'est pas en relation directe avec la durée de l'étranglement ; elle diminue quand le malade vomit. Elle est indépendante de l'irritation du péritoine, des dimensions de la hernie, des modifications du sac herniaire. Elle augmente quand les phénomènes généraux s'aggravent et que la mort approche. Elle est relativement élevée dans les cas de gangrène, qui ne manquent jamais du reste de provoquer l'albuminurie. Quand les accidents se prolongent, pour aboutir, après une longue période, soit à la guérison, soit à la mort, l'albumine diminue progressivement et disparaît à certaines époques.

Les matières colorantes de l'urine augmentent tandis que la quantité d'urine diminue sous l'influence de l'étranglement. On trouve quelques cellules épithéliales provenant des reins et quelques cylindres. A l'autopsie, on constate un léger degré de néphrite.

C'est probablement dans cette lésion qu'il faut chercher l'explication des phénomènes nerveux qui surviennent dans les cas graves d'étranglement herniaire : crampes, convulsions toniques et cloniques, accès épileptiformes, contraction, tétanie, hémiplégie, collapsus, tous ces accidents, qu'on a cherché à expliquer par des hypothèses diverses, pourront être désormais considérés comme des manifestations urémiques.

Chez les sujets qui guérissent, l'urine reste longtemps alcaline, après la disparition de l'albumine, d'où parfois une violente cystite. Mais les troubles fonctionnels du rein peuvent déterminer la mort, même après réduction par le taxis ou après la kélotomie, dans des cas où l'autopsie ne révèle aucune lésion assez importante pour expliquer la terminaison fatale, et où les chirurgiens en cherchent inutilement la cause.

L'albuminurie a une importance réelle pour le diagnostic ; quand on la constate on peut affirmer que l'étranglement porte, non pas sur un diverticule de l'intestin ou sur l'épiploon, mais sur une anse complète. Quand on trouve une grande quantité d'albumine, on doit penser que la lésion intestinale est déjà sérieuse. La coïncidence de l'albuminurie et de la gangrène intestinale est d'un pronostic fâcheux.

Quand le taxis ne réussit pas rapidement l'albuminurie doit être considérée comme une indication de kélotomie; dans les cas de gangrène elle invite à la résection de l'intestin. L. GALLIARD.

XIII. — Homme de 33 ans, atteint d'une hernie congénitale dont le volume déterminait une gêne considérable. Une hydrocèle aiguë considérable vint compliquer son état. On ponctionne l'hydrocèle sans grand soulagement. Weir se décide à faire une opération et il enlève une masse épiploïque pesant une livre et demie, occupant tout le côté gauche du scrotum. La masse fut liée en deux et coupée au niveau de l'anneau interne. Après une dissection minutieuse du cordon, le prolongement péritonéal fut lié en masse, la plaie draînée, suturée et pansée au sublimé. Guérison en 10 jours; la cicatrice est solide et il n'y a pas de tendance à l'éventration. A. C.

I. — Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale sans obstacle mécanique, par G. THIBIERGE (*Thèse de Paris*, 1884).

II. — On the mode of death from acute intestinal strangulation and chronic intestinal obstruction, par Thomas BRYANT (*Brit. med. journ., p.* 1001, *novembre* 1884).

III. — Calcul biliaire volumineux, cause d'obstruction intestinale, par TAYLOR (*Western Lancet, septembre* 1884).

IV. — *Idem*, par MERKLEN (*France méd.*, 18 *décembre* 1884).

V. — A case of intestinal obstruction, with volvulus, remotely connected with ovariotomy, par J. SHIVELY (*New-York med. journ.*, 13 *septembre* 1884).

VI. — Heilung von Ileus durch Magenauspülung (Traitement de l'invagination intestinale par le lavage de l'estomac, par KUSSMAUL et CAHN (*Berl. klin. Woch.*, 27 *octobre* 1884).

VII. — Ueber die Behandlung des Ileus mit Magenausspülung, par SENATOR et HASENCLEVER (*Ibid.*, 2 *février* 1885).

VIII. — Du lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale, par CHANTEMESSE *France méd.*, 10 *mars* 1885).

IX. — *Idem.*, par FAUCHER (*Ibid.*, *mars* 1885.)

X. — Ileus treated by washing out of stomah, par J.-T. WHITTAKER (*Cincinnati Acad. of med.; Med. news*, 4 *avril* 1885).

XI. — Traitement de l'occlusion intestinale par le courant galvanique, par BOUDET DE PARIS (*Acad. de méd.*, 13 *janvier, et Journ. des Soc. scient.*, 14 *janvier* 1885).

XII. — Die Laparotomie bei inneren Darmverschlüsse (Laparotomie dans l'occlusion intestinale), par H. SCHRAMM (*Arch. f. klin. Chir. XXX, p.* 685).

XIII. — Beitrag zur Laparotomie bei interner Darmocclusion, par OBALINSKY (*Wiener med. Presse, n°* 48, 1884).

XIV. — Wie viel Darm kann der Mensch entbehren ? (De combien d'intestin l'homme peut-il se passer ?), par von BAUM (*Fortschritte der Med., n°* 24, 1884).

XV. — Ein Fall von Darmresektion und Darmnaht (Entérectomie et entérorraphie), par FELD (*Arch. f. klin. Chir. XXX, p.* 222).

XVI. — Resection of several inches of small intestine in the course of abdominal section for removal of an extra-uterine pregnancy , par Angus MACDONALD (*Lancet, 9 février* 1884).

I. — Les conclusions de ce travail très intéressant sont les suivantes : L'obstruction intestinale, bien qu'ordinairement produite par des obstacles mécaniques de nature variable, peut se produire sans l'intervention de causes de cet ordre. La plupart de ces pseudo-occlusions doivent être rapportées à des paralysies intestinales, presque toujours d'origine réflexe. Dans quelques cas, cependant, elles sont dues, comme l'obstruction intestinale par matières durcies et comme certaines formes de constipation opiniâtre, à des troubles de nutrition de la tunique musculaire de l'intestin ayant déterminé sa paralysie (atrophie glandulaire, atrophie de la paroi musculaire et peut-être des nerfs intra-pariétaux, athérome artériel). A. CH.

II. — Ce mémoire, riche en observations inédites, se divise en deux parties, la première concernant les étranglements aigus de l'intestin, la seconde, les obstructions chroniques.

a) Dans le premier cas la mort survient par ulcération de l'intestin, par rupture, ou gangrène, ou collapsus, ou enfin par péritonite. Laissés à eux-mêmes, les accidents sont toujours mortels. De là les conclusions suivantes auxquelles aboutit l'auteur.

La laparotomie doit être faite dès que l'on a posé le diagnostic d'étranglement intestinal, ou même d'invagination aiguë, et qu'au bout de deux ou trois jours de traitement médical l'obstacle n'est pas levé.

Dans toutes les opérations de laparotomie, c'est le cœcum qui doit servir de guide au chirurgien. S'il est gonflé et tendu, c'est que l'obstruction siège dans le gros intestin ; s'il est flasque, l'obstacle est à l'intestin grêle. Les brides péritonéales se rencontrent plus souvent à la région cœcale que partout ailleurs : enfin c'est là qu'il est le plus aisé de suivre les anses intestinales pour rechercher l'obstruction, parce que c'est en ce point que se montrent de préférence les anses de l'intestin non distendues.

Si l'on rencontre un point de gangrène, il faut franchement réséquer l'anse intestinale.

b) Dans les obstructions chroniques de l'intestin, la mort survient souvent par le mécanisme de la péritonite, mais auparavant, il se fait presque toujours un rétrécissement de l'intestin, consécutif aux ulcérations de sa muqueuse (inflammatoires ou syphilitiques). Dans ces cas, l'indication thérapeutique de ces rétrécissements annulaires est de faire la colotomie

lombaire droite ou gauche, et l'on a la certitude par ce moyen de retarder les progrès du mal et de prolonger la vie pendant plusieurs années. Cette opération réussit, non pas seulement dans les atrésies du rectum, mais dans le volvulus par flexion de l'S iliaque, aussi bien que dans l'occlusion causée par des tumeurs. Seulement, pour cela, il faut opérer de bonne heure, avant que les effets pernicieux d'une obstruction prolongée se soient fait sentir.

La dernière partie du travail de l'auteur est destinée à montrer la difficulté du diagnostic de certaines affections intestinales qui simulent l'iléus : notamment la typhlite, la péritonite et les perforations intestinales par ulcère rond du duodénum. H. R.

III. — Homme de 66 ans. Accidents d'origine hépatique (coliques sans ictère) au mois de septembre 1883. Le 11 décembre, phénomènes d'obstruction intestinale. Trente-six heures après le début des accidents, on pratique la laparotomie. On découvre les traces d'une péritonite circonscrite. Une partie des anses intestinales était distendue par les gaz, une autre partie était affaissée. En palpant le tiers inférieur du duodénum, la main de l'explorateur rencontra une masse dure, qu'il fut impossible de faire progresser de haut en bas, ni de morceler à l'aide d'une épingle. On incisa le duodénum et on parvint à en extraire un calcul biliaire mesurant 1 pouce 1/2 sur 1 pouce. L'incision duodénale fut ensuite suturée (suture de Lembert) avec de la soie fine. Malgré l'absence de tout signe de péritonite et quoique le cours des matières fécales se fût rétabli, le patient succomba le troisième jour.

Eu égard aux dimensions considérables du calcul, qui s'opposaient à admettre qu'il eût franchi le duodénum, on avait pensé à l'existence d'une fistule entre la vésicule biliaire et le duodénum, ce que l'autopsie vint confirmer. E. R.

IV. — Femme de 42 ans. Depuis le 10 août, elle avait été prise de malaise, d'anorexie et de constipation. Le 15 août, au matin, se déclaraient de violentes coliques, puis des vomissements répétés, ayant l'aspect et l'odeur des vomissements fécaloïdes. Etat cholériforme des étranglements graves. Température à 36°,2. Pouls petit et faible à 108. Extrémités froides et cyanosées. Crampes très pénibles aux bras et aux jambes. Urines rares et rouges. L'examen du ventre ne révèle rien qui puisse mettre sur la voie du siège et de la nature de l'étranglement. Pas de météorisme.

Sous l'influence des injections de morphine, des applications de glace sur le ventre, du café et de l'opium, les douleurs diminuent les jours suivants. Mais les vomissements continuent et suivent immédiatement l'ingestion de la plus petite quantité de liquide. La constipation est toujours absolue. Une véritable détente se produit les huitième et neuvième jour, mais elle n'est pas complète. Malgré le rétablissement apparent des fonctions intestinales, les vomissements persistent et reprennent le caractère fécaloïde qu'ils avaient momentanément perdu. La mort survient le 31 août, à la suite d'accidents de péritonite subaiguë (hoquet, ballonnement du ventre, etc.).

A l'autopsie, indépendamment des lésions péritonéales, on trouva dans l'intestin grêle un volumineux calcul biliaire, long de 4 centimètres, sur 3 centimètres de diamètre, et 9 centimètres et demi de circonférence. Il pesait 17 grammes et surnageait dans l'eau. Il paraissait remplir la cavité péritonéale, mais on pouvait le faire cheminer facilement. La vésicule biliaire, adhérente au duodénum, contenait un calcul semblable, mais beaucoup plus petit. Elle présentait, au niveau de son adhérence, une ouverture par laquelle l'agent de l'étranglement avait pénétré dans l'intestin. GASTON DECAISNE.

V. — Chez une malade qui, six ans auparavant, avait subi l'ovariotomie, et était restée depuis sujette à des coliques douloureuses avec constipation, il

se produisit tout à coup un étranglement interne qui entraîna la mort en cinq jours. A l'autopsie on constate, outre les traces d'une ancienne péritonite diffuse, une adhérence intime d'un point de l'iléon, à 18 pouces du cœcum, avec l'angle inférieur de la cicatrice opératoire. Autour de ce court segment intestinal s'était enroulée et comme nouée deux fois une anse d'intestin grêle, de manière à former une obstruction complète, qui aurait du reste pu être facilement levée par la laparotomie. A. CHAUFFARD.

VI. — 1° Fille de 16 ans, atteinte depuis huit jours d'une occlusion absolue de l'intestin contre laquelle ont échoué purgatifs, sangsues, opium, douches rectales d'eau et d'air. Kussmaul, ayant remarqué que l'estomac était distendu par des gaz et des liquides, eut l'idée d'essayer les lavages de cet organe. Dans l'espace de douze heures, on en pratiqua trois qui ramenèrent des matières liquides et fécaloïdes : au bout de ce temps le cours normal des matières fécales reparut.

2° Homme de 38 ans, ayant depuis neuf jours des accidents d'étranglement imputables à des résidus de pérityphlite. Comme tout avait été inutile, Luecke se préparait à faire l'entérotomie. Mais, ayant appelé Kussmaul en consultation, celui-ci fut d'avis d'essayer encore le pompage stomacal, parce que, malgré l'extrême tension du ventre, il avait perçu du clapotement à la partie supérieure gauche de l'abdomen. Un seul lavage qui donna issue, il est vrai, à cinq litres de matières jaunes fécaloïdes, suffit pour rétablir les garde-robes spontanées.

3° Homme âgé, affecté depuis vingt-trois jours d'une rétention complète des matières tenant, ainsi que la suite l'a démontré, à une invagination du gros intestin. Il fallut deux lavages quotidiens de l'estomac répétés pendant trois semaines pour rétablir le cours normal des matières. Huit jours plus tard, il y eut élimination de 13 centimètres du gros intestin. Néanmoins au bout de trois semaines, le malade succomba à des accidents de péritonite. Plusieurs fois, on fit la remarque que les premiers liquides enlevés de l'estomac étaient clairs, tandis que les suivants devenaient brusquement fécaloïdes, ce qui indique un reflux du contenu intestinal à travers le pylore.

A côté de ces trois cas, qui sont des succès pour les lavages, deux fois, dans des iléus liés à une perforation intestinale, le même procédé de traitement se montra complètement inefficace.

Kussmaul croit que les lavages stomacaux font cesser l'étranglement interne par un mécanisme comparable à celui de l'entérotomie et de la ponction capillaire qui sont pratiquées également bien au-dessus du siège de l'obstacle. D'abord, en évacuant les gaz et liquides de l'estomac, on crée de la place dans la cavité abdominale, ce qui facilite le dégagement des anses invaginées, fléchies, tordues, etc. En outre, on diminue la pression qui s'exerce au-dessus du point étranglé. Enfin et surtout, on calme le tumulte de la péristaltique et on régularise les mouvements de l'intestin.

VII. — A l'annonce des bons effets obtenus par Kussmaul dans le traitement de l'étranglement interne par le pompage du contenu stomacal, Senator et Hasenclever se sont empressés d'en faire l'essai :

1° Homme de 22 ans. Au treizième jour de l'étranglement, alors que le malade était en plein collapsus, on fit le premier lavage. Le lendemain, après un second lavage, les selles spontanées reparurent. Mais trois semaines plus tard l'homme succomba aux progrès d'une tuberculose limitée au péritoine et à une pleurésie purulente.

2° Chez une femme où les accidents dataient de huit jours, un seul lavage les a fait cesser. Mais quelques semaines après, cette malade mourait d'une affection organique de l'intestin compliquée d'une récidive de pleurésie.

3° Homme de 24 ans, atteint de colique saturnine et vomissant tous les médicaments et aliments. Au septième jour de la coprostase, deux lavages stomacaux ont déterminé la débâcle intestinale.

4° Femme de 43 ans, ayant un étranglement interne depuis cinq jours. A la suite du second lavage stomacal, les hoquets et vomissements cessent, mais la malade meurt après cinq lavages sans avoir eu de garde-robes. A l'autopsie on trouve un conglomérat d'anses grêles, étranglées à 50 centimètres au-dessus du cœcum et gangrénées sur une longueur de 70 centimètres. L'anneau de constriction était formé par une membrane reliant le fond de l'utérus au rectum.

5° Femme de 38 ans, tombée dans le collapsus dès le troisième jour des accidents d'iléus et ayant en outre des crachats rouillés. Les lavages stomacaux arrêtèrent les hoquets et les vomissements sans que les garde-robes reparussent. Mort quarante-huit heures plus tard : abcès du ligament large droit; péritonite aiguë; rotation sur l'axe avec flexion de la partie inférieure de l'intestin grêle; broncho-pneumonie droite.

6° Accidents d'étranglement interne survenus dans le cours d'une hépatite intestinale, avec péritonite chronique. Dès le quatrième jour, vomissements fécaloïdes. Disparition de tous les phénomènes morbides à la suite d'un lavage stomacal.

D'après Senator, les lavages de l'estomac dans l'iléus ont un effet double, palliatif et curatif. Ils suppriment les hoquets et vomissements, plus rationnellement et plus efficacement que ne le fait l'opium, parce qu'ils s'adressent à la cause morbide : la réplétion de l'estomac et de la partie supérieure de l'intestin. Oser (*Wiener medic. Blatter*, 1884, n° 41) a en effet montré que le pompage gastrique évacue en même temps le contenu de la portion supérieure de l'intestin grêle. Quant à l'action curative des lavages, Senator n'est pas satisfait de la triple explication qu'en donne Kussmaul. Il pense en outre que la distension de l'estomac par un contenu morbide irrite les fibres des nerfs splanchniques, d'où paralysie des mouvements péristaltiques.

Rosenbach a vu, à la suite de lavages stomacaux chez deux femmes atteintes de coliques hépatiques avec vomissements incoercibles, ceux-ci cesser immédiatement et, peu après, les calculs être expulsés par l'intestin.

Ewald a constaté plusieurs fois chez des malades affectés de constipation chronique opiniâtre, auxquels pour une raison ou pour une autre, il avait pratiqué des lavages stomacaux, que dès le lendemain il se produisait une selle facile.

La quantité d'eau introduite dans l'estomac étant insuffisante pour diluer le contenu intestinal, il crut pouvoir expliquer l'heureux effet des lavages par une action réflexe sur les mouvements péristaltiques.

B. Fraenkel croit, au contraire, que le pompage de l'estomac agit surtout en faisant cesser l'excès de pression en avant de l'obstacle, car on voit quelquefois les malades affectés d'étranglement interne guérir après avoir rendu par le haut de seaux de matières fécaloïdes.

Senator confirme en partie le dire d'Ewald sur les succès obtenus dans le traitement de la constipation rebelle par les lavages stomacaux; mais Hasenclever, qui a fait une série d'expériences thérapeutiques sur ce point, a aussi éprouvé des échecs. J. B.

VIII. — Le malade, âgé de 59 ans, entre à l'hôpital pour des accidents d'obstruction intestinale remontant à dix jours. Suppression complète des

selles, des gaz. Ballonnement du ventre, vomissements fécaloïdes, anurie. La voix est cassée, le pouls faible et rapide, les yeux excavés.

On pratique aussitôt un lavage de l'estomac en amorçant le tube avec un demi-verre d'eau de Vichy. Il s'écoule deux litres et demi d'un liquide jaunâtre, d'odeur acide et repoussante. Le ballonnement du ventre diminue un peu et le malade urine dans la nuit. Le lendemain nouveau lavage; issue d'un litre de même liquide. Un lavement purgatif amène des selles peu abondantes, mais fétides. A partir de ce moment, la température tombe de 39° à la normale, mais pendant une vingtaine de jours il y eut encore quelques signes de gêne dans la circulation des matières et le malade eut une poussée furonculeuse considérable, tous signes que l'auteur attribue à une véritable intoxication de l'organisme par la résorption des matières intestinales altérées.

IX. — L'auteur rappelle qu'il a publié dans sa thèse la première observation de ce genre. Depuis il a eu recours deux fois à ce moyen et a obtenu la guérison.

Il s'agissait de rétention des matières avec vomissements fécaloïdes chez une femme atteinte de cancer de l'intestin. Les accidents d'obstruction cessèrent pendant un mois sous l'influence d'un lavage de l'estomac.

Un autre malade, qui n'était pas allé à la selle depuis quatorze jours, vit la constipation cesser complètement après deux lavages.

X. — Malade de 40 ans, souffrant de constipation depuis un an et demi, ayant eu autrefois la dysenterie. Toutes les quinze ou vingt minutes, vomissement d'un liquide visqueux, foncé, sans odeur stercorale; ventre flasque, émaciation peu marquée; ictère léger. L'examen du rectum, avec introduction de la main, ne fait découvrir aucun rétrécissement. Les lavements ne ramènent rien. On se décide à faire le lavage de l'estomac; au moment où on introduit le tube, rejet d'une pinte et demie de liquide brun foncé. Il ne sort rien par le tube. On lave l'estomac; les vomissements cessent et le lendemain il y a une évacuation intestinale. Deux jours après, réapparition des vomissements, nouveau lavage. Une sonde est alors introduite dans l'intestin et fait reconnaître un rétrécissement. Le malade mourut quelques jours plus tard, sans avoir été revu par l'auteur.

Whittaker rappelle qu'il a traité, en 1880, un malade par cette méthode (*Cincinnati Clinic*, 28 avril 1880); le malade succomba. Quatre ans avant, 1878, Cleveland avait traité par le lavage de l'estomac un cas d'obstruction, suite de pérityphlite.

William Judkins cite un cas d'obstruction datant de cinq jours; deux lavages amenèrent un soulagement immédiat, et après le second, survint une évacuation spontanée.

XI. — Boudet de Pâris a traité par le courant galvanique (un rhéophore dans le rectum, l'autre sur la paroi abdominale) 61 cas d'occlusion intestinale. 17 fois seulement le courant a été impuissant à vaincre l'obstacle; 44 fois le succès a été complet.

Les cas se divisent ainsi :

Cancer, 15 sur 18; pseudo-étranglement par péritonite, 9 sur 12; brides péritonéales anciennes, 1 sur 4; invagination, 0 sur 2; entérite et typhlite, 6 sur 6; paralysie de l'intestin, 5 sur 6; obstruction stercorale, 3 sur 3; tumeurs extérieures comprimant l'intestin, 3 sur 4; volvulus probable, 2 sur 2; cause inconnue, 0 sur 4.

Cette statistique donne 72 0/0 de succès, et montre l'innocuité de l'intervention galvanique dans les cas inflammatoires.

La seule contre-indication à l'emploi de ce procédé est l'asthénie cardiaque, à cause de l'action du courant sur le grand sympathique; mais

ce phénomène n'a lieu qu'à la période terminale de l'occlusion intestinale, et le courant galvanique doit être employé aussi près que possible du début.

Enfin, il faut noter qu'en dehors de l'occlusion intestinale vraie, cette méthode est applicable avec avantage dans les cas de constipation grave.

A. C.

XII. — Après avoir rapporté trois observations de laparotomies faites par Mikulicz durant l'année 1882-83, la première chez un homme de 29 ans, pour un volvulus d'une anse d'intestin grêle (opération au huitième jour, en pleine péritonite, pneumonie post-opératoire, fistule stercorale, mort vingt-neuf jours après l'opération), la seconde chez une femme de 24 ans, récemment accouchée, pour une invagination iléo-colique (opération au huitième jour, pneumonie post-opératoire, dysenterie, pyohémie? mort trente et un jours après l'opération), la troisième chez un homme de 54 ans, pour un cancer du côlon ascendant (résection de 8 centimètres du côlon avec trois gros ganglions et un fragment d'épiploon, suture circulaire de l'intestin, mort quarante-huit heures après par sphacèle des bords de l'intestin consécutif à la libération du mésentère), l'auteur apprécie la valeur de la laparotomie dans le traitement de l'occlusion intestinale de cause interne.

Il a pu réunir, y compris les trois faits qu'il publie, 190 observations, à savoir :

			Guérisons.	Morts.
27	pour occlusion	par invagination............	8	19
49	—	par bride ou diverticule	13	36
16	—	par adhérences..............	7	9
11	—	par réduction en masse d'une hernie....................	6	5
10	—	par torsion de l'intestin	1	9
12	—	par nœuds de l'intestin	4	8
12	—	par pincement interne de l'intestin.....................	4	8
7	—	par corps étrangers.........	4	3
38	—	par néoplasmes	16	22
8	—	de cause indéterminée.......	5	3
TOTAL. 190	—	....	68	122 (64,2 0/0)

Mais la statistique prouve en outre que le pronostic de l'opération s'améliore tous les jours; tandis que les opérations faites avant 1873 donnent 73 0/0 de mortalité, les opérations postérieures à cette date ne donnent plus que 58 0/0; c'est la conséquence des progrès de la méthode antiseptique et du manuel opératoire.

La cause principale des insuccès est le retard trop grand apporté à l'opération. Il faut, quand on a essayé sans résultat les moyens ordinaires, recourir immédiatement à la laparotomie; il est inutile pour cela que le diagnostic du siège et de la cause de l'occlusion soit rigoureusement établi; du moment où il y a occlusion, l'indication est urgente. Il faut opérer autant que possible avant le développement de la péritonite, mais celle-ci n'est pas une contre-indication. La crainte de ne pas trouver l'obstacle est mal fondée; cela n'est arrivé que 8 fois sur 190 cas.

Dans l'occlusion par néoplasmes (38 cas), on a fait 21 fois la résection de l'intestin (12 morts), 3 fois des opérations destinées à supprimer la cause de l'occlusion (ovariotomie, ponction d'un kyste, réduction de l'utérus en rétroflexion, 0 mort), 2 fois rien (1 mort au bout de 9 heures, l'autre au bout de cinq semaines de marasme), 10 fois l'anus artificiel (7 morts). En conséquence l'auteur conclut que la résection intestinale dans les cas de cancer n'est pas une mauvaise opération et qu'on ne doit recourir à l'anus artificiel que lorsqu'on a affaire à des néoplasmes étendus nécessitant une énorme résection de l'intestin.

Schramm préconise la ponction intestinale dans le traitement de l'occlusion. DE SANTI.

XIII. — L'auteur publie six observations (un seul succès) :

1° Homme de 20 ans, se présentant à la clinique de Cracovie, le 18 septembre 1884, avec une distension considérable de l'abdomen et les signes d'une occlusion du gros intestin. Il a été purgé chez lui sans succès. Température 38°. Lavements inefficaces.

Laparotomie le 19 septembre. Incision de 12 centimètres. Il s'écoule 200 grammes de liquide foncé. Ponction du gros intestin à l'aide d'un trocart pour permettre l'exploration de l'abdomen. Il s'agit d'un volvulus du côlon descendant et de l'S iliaque.

Lotions au sublimé, sutures, gaze sublimée. Le malade a immédiatement une selle copieuse.

Dix jours après l'opération, il quitte l'hôpital guéri.

2° Sujet de 63 ans, souffrant depuis cinq jours. Signes d'occlusion. Tumeur allongée dans la fosse iliaque gauche. Pouls filiforme. Collapsus.

L'auteur trouve une invagination de l'iléon de 30 centimètres. L'intestin étant sphacélé sur plusieurs points, on en résèque 90 centimètres. Il y a de la péritonite. Mort au bout de vingt-quatre heures.

3° Fille de 18 ans, traitée d'abord dans un service de médecine. Les accidents sont déjà très graves au moment où on l'apporte.

Laparotomie. L'occlusion paraît due au grand épiploon, dont l'extrémité inférieure est retenue dans le bassin et qui forme une bride comprimant l'intestin grêle du voisinage du cœcum. Section de l'épiploon. L'intestin qui est très rouge et que le chirurgien a dû attirer en grande partie au dehors, se rompt sur un point au moment où on le replace dans la cavité abdominale. Sutures. Mort au bout de vingt-quatre heures.

A l'autopsie, péritonite généralisée. Le grand épiploon adhère en bas à l'ovaire droit, il y a de l'ovarite et de la périmétrite. Mais on constate, en outre des lésions, des plaques de Peyer dues à la fièvre typhoïde au stade d'infiltration. Congestion pulmonaire. Dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins.

4° Laparotomie pratiquée chez un sujet de 19 ans atteint, non pas d'occlusion comme on l'avait cru, mais de péritonite due à la perforation de l'appendice vermiforme. Mort.

5° Jeune soldat atteint depuis quatre jours d'accidents graves. On trouve à gauche de l'ombilic une anse intestinale serrée par une bride fortemen tendue. Mort au bout de trois jours. Péritonite aiguë.

6° L'auteur est appelé auprès d'un jeune médecin, malade depuis sept jours. Il constate une tumeur au niveau de la fosse iliaque droite. Malgré l'extrême gravité de la situation, il opère. La péritonite existe déjà. Il n'y a pas d'obstacle à droite, mais un volvulus de l'S iliaque. Mort après vingt-quatre heures.

L'auteur insiste sur la nécessité d'opérer de bonne heure.

L. GALLIARD.

XIV. — Une femme, âgée de 40 ans, fut opérée d'une hernie crurale, dé-

terminant des accidents d'étranglement; elle guérit très rapidement de l'opération, mais quelque temps après, elle rendit par la plaie encore entr'ouverte une petite quantité de matières fécales très fluides; bientôt se formèrent des trajets fistuleux et la tumeur augmenta considérablement de volume, au point d'acquérir les dimensions d'une tête d'enfant; une nouvelle opération fut faite quatre mois après la première et l'on put constater alors que plusieurs anses d'intestin adhéraient entre elles et que dans le mésentère de celles-ci s'étaient formés deux abcès du volume du poing.

Tout l'intestin malade, soit 137 centimètres, fut sectionné, et les deux bouts furent suturés.

L'opération guérit complètement et la malade semblait très améliorée, mais elle perdit bientôt l'appétit et les forces, s'amaigrit rapidement et finit par succomber quatre mois après la seconde opération. L'autopsie dénote une cicatrisation complète de l'intestin et l'absence totale de lésions de ce côté-là; les seules altérations constatées étaient un léger degré d'atrophie des reins, que l'auteur regarde comme secondaire, car elle n'avait jamais eu d'albumine dans les urines et aucun symptôme de néphrite; il attribue la mort au raccourcissement opératoire de l'intestin et à une nutrition, par ce fait, incomplète.

Quelque temps après avoir observé ce fait, il fut appelé à soigner une femme qui présentait une plaie des parois abdominales avec issue de l'intestin, perforé en sept endroits différents; il préféra des sutures isolées à la résection de l'intestin blessé; la malade guérit entièrement et sortait après vingt jours de l'hôpital. W. ŒTTINGER.

XV. — Homme de 33 ans, porteur d'une vieille hernie inguinale habituellement réductible. Etranglement sans phénomènes généraux bien accentués. Opération le sixième jour. On trouve une anse intestinale qui commence à se gangréner; résection de 18 centimètres du bord convexe, 15 centimètres du bord concave et d'un petit triangle de mésentère. Suture du mésentère, puis de l'intestin par la double suture de Czerny; débridement multiple de l'orifice, réduction, drainage de la plaie et du scrotum, pansement antiseptique.

Insuccès de la réunion immédiate, suppuration. Guérison en trente-trois jours, malgré une pneumonie intercurrente. Les gaz ont passé par l'anus dès le lendemain de l'opération; jamais de douleur ni de tension du ventre.

DE SANTI.

XVI. — Femme de 28 ans, entrée à la Royal Infirmary d'Edimbourg, le 19 mai 1883. Dernières règles en octobre 1882; depuis lors, symptômes très nets de grossesse : gonflement des mamelles, maux de cœur, tuméfaction abdominale et mouvements actifs. Au mois d'avril, à la suite d'un effort, douleur abdominale violente, puis cessation des mouvements du fœtus. A l'entrée de la malade à l'hôpital, douleur et distension de l'abdomen, diarrhée et signes évidents d'infection septique; haleine exhalant l'odeur de foin coupé; fièvre vespérale. Huit jours auparavant, il y avait eu un léger écoulement de sang par le vagin.

L'examen révèle une péritonite très étendue, partant d'un kyste fœtal extra-utérin situé à la partie postérieure et inférieure de l'abdomen du côté droit, et proéminant fortement dans la cavité pelvienne. Œdème considérable de la jambe gauche. Au bout d'une semaine de séjour de la malade à l'hôpital, il se fit deux évacuations successives de matière sanieuse par le rectum, mais on n'y put découvrir d'os. Après cela l'état de la malade s'améliora lentement, la diarrhée disparut, la masse extra-utérine diminua manifestement de volume. Mais chaque mouvement, chaque effort donnait lieu à une menace de récurrence de la péritonite.

Le 9 octobre, la situation ne se modifiant pas, l'auteur se décida à tenter l'évacuation du kyste par la laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen il tomba

sur une anse d'intestin grêle, très enflammée et friable, largement ouverte dans la cavité kystique, qui était remplie de matières putréfiées et fécaloïdes. Dans les efforts qu'il fallut faire pour retirer les os du fœtus, cet intestin fut déchiré en plusieurs endroits. La partie endommagée, longue de 15 centimètres, fut alors réséquée, et les deux bouts réunis par une suture continue au catgut, à points très serrés, dans laquelle on eut grand soin de ne pas comprendre la membrane muqueuse. La lacune du mésentère fut également suturée, et après un lavage soigneux de la cavité kystique et de tout l'abdomen, un drain fut disposé à la partie inférieure de la plaie, s'enfonçant jusqu'à la partie la plus reculée du kyste; l'anse intestinale suturée fut replacée dans le ventre et la paroi abdominale réunie suivant le procédé habituel. Les premiers jours il y eut de la fièvre et une suppuration très abondante par le tube à drainage, mais aucun signe de péritonite; l'intestin fonctionna dès le lendemain et pendant quelque temps il y eut de la diarrhée. Peu à peu celle-ci diminua, les selles se régularisèrent; le treizième jour on put enlever le drain; en même temps l'appétit et les forces revenaient rapidement. Deux mois après l'opération, l'abdomen avait repris son aspect normal et ne présentait en aucun point ni sensibilité ni rénitence. Au toucher vaginal on constatait la présence d'un utérus bien conformé, de dimension ordinaire. Il ne restait aucune trace du kyste fœtal. H. BARTH.

I. — Colotomie par la méthode de Littre, par VERNEUIL (*Semaine méd.*, 1er *avril* 1885).

II. — Colotomie lombaire et colotomie iliaque, par P. RECLUS (*Congrès franç. de chir.*, 9 *avril* 1885).

III. — Abnormality of the colon, a cause of unsuccessfull colotomy, par LOCKWOOD (*St. Barthol. hosp. Rep.*, *XIX*, *p.* 255.)

IV. — Guérison d'un anus contre nature consécutif à une hernie étranglée, par U. TRÉLAT (*Bull. Soc. de chir.*, *p.* 637, 1884).

V. — A case of artificial anus treated by resection of the small intestine, par G.-H. MAKINS (*St. Thomas's hosp. Rep. XIII*, *p.* 181).

VI. — Zwei Fälle von Darmsfistel durch Bauschnitt (Deux cas d'anus contre nature guéris par la laparotomie et la suture de l'intestin), par MENSEL (*Deut. med. Woch.*, n° 7, 1883).

VII. — Application de la colotomie au traitement des fistules vésico intestinales, par DUMÉNIL (*Rev. de chir.*, *avril* 1884).

VIII. — Colotomie lombaire et cœcotomie dans le traitement des ulcérations dysentériques du gros intestin, par FOLET (*Congrès franç. de Chir.*, 10 *avril* 1885).

IX. — Zur Behandlung der syphilitischen Mastdarmulcerationen durch Colotomie (Traitement des ulcérations syphilitiques du rectum par la colotomie), par E. HAHN (*Arch. f. klin. Chir. Band XIX*, *Heft* 2, *p.* 395).

X. — Die Exstirpation des Mastdarmes mit Bildung ... (Traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum), par F. BUSCH (*Berl. klin. Woch.*, 9 *avril* 1883).

XI. — Case of gastrocolic fistula, par Walter EDMUNDS (*St. Thomas's hosp. Rep. XIII*, *p.* 91).

XII. — Excision of the cœcum for epithelioma, par Walter WHITEHEAD (*Brit. med. journ.*, *p.* 171, *janvier* 1885).

XII. — The treatment of acute peritonitis by abdominal section, par Frederick TREVES (*Ibid.*, *p.* 538, *mars* 1885).

XIV. — Abstract of an address of one thousand (1000) abdominal section, par Lawson TAIT (*Ibid.*, *p.* 218, *janvier* 1885).

I. — Le procédé de colotomie indiqué par Verneuil diffère du procédé classique par la direction donnée à l'incision de la paroi, par la formation préméditée d'un éperon, par la substitution de l'entérectomie à l'entérotomie.

L'incision, de 3 à 4 centimètres, est dirigée suivant le trajet d'une ligne partant de l'ombilic et tombant à l'union du tiers externe et des deux tiers internes de l'arcade de Fallope. La paroi ouverte, l'intestin mis à découvert, on fait saillir au dehors les trois quarts de l'anse intestinale; le quart restant, qui correspond au mésocôlon, servira à constituer l'éperon. L'intestin une fois fixé par une série circulaire d'environ 15 sutures métalliques, est ouvert, non pas par une simple incision, mais par la résection de la portion herniée de l'anse attirée au dehors. Verneuil fait d'ordinaire cette résection au thermo-cautère. L'anus ainsi formé, on voit, en examinant le fond de la plaie, les deux orifices supérieur et inférieur revenus sur eux-mêmes et séparés par un éperon d'un travers de doigt en moyenne. Ces deux orifices sont situés presque dans le même plan horizontal, mais leurs axes prolongés se rencontrent à angle obtus.

Ces modifications offrent des avantages incontestables : la direction de l'incision remédie au rétrécissement graduel et ordinairement progressif de l'anus; la formation préméditée de l'éperon empêche le passage des matières fécales dans le bout inférieur.

II. — D'après l'auteur, l'anus de Littre doit être regardé comme l'opération de choix. Les partisans de la colotomie lombaire ont invoqué des arguments qui ne lui semblent pas convaincants.

On dit que l'anus lombaire constitue une infirmité moins répugnante. Il semble, au contraire, bien plus facile de donner tous les soins de propreté à l'anus inguinal. Le renversement et le prolapsus de la muqueuse ne sont pas plus fréquents que dans la colotomie lombaire; le rétrécissement de l'orifice amène la disparition ou la diminution de cette procidence aussi bien que dans la région lombaire. La production d'un éperon peut être facilement évitée en ayant recours au procédé de Verneuil.

L'ouverture du péritoine ne constitue pas une complication, et d'ailleurs on a des exemples fréquents de sa blessure dans la colotomie lombaire.

La mortalité serait plutôt moindre dans la colotomie iliaque que dans la colotomie lombaire.

A. C.

III. — Homme de 57 ans, pris le 6 novembre de symptômes d'obstruction intestinale, lesquels, après des péripéties variées, persistent en s'accroissant jusqu'au 18 novembre. Pendant cette période de 12 jours, aucune garde-robe spontanée n'est rendue et des vomissements bilieux, puis fécaloïdes, montrent qu'il existe un obstacle au cours des matières, situé probablement au commencement du gros intestin. Après avoir successivement essayé tous les évacuants sans aucun bénéfice, on décide la colotomie lombaire. Cette opération est pratiquée suivant une incision parallèle à la dernière côte, à égale distance de celle-ci et de la crête iliaque; mais, après avoir sectionné le

carré des lombes, il fut impossible de trouver le côlon. Comme il fallait impérieusement ouvrir une issue aux matières, on tira au dehors une anse d'intestin grêle et l'on pratiqua sur elle un anus artificiel; une grande quantité de matières s'échappèrent par cette voie, mais le malade succomba au bout de quatre heures, dans des douleurs intolérables.

L'autopsie fit voir une péritonite généralisée et un épanchement stercoral à la partie supérieure de l'abdomen. Le côlon droit manquait totalement, et le cœcum était situé au-dessous du foie, dans l'hypochondre droit. Ses parois étaient gangrénées et trois perforations donnaient issue à la matière fécale. Le côlon transverse était normal, mais le côlon descendant avait un mésentère spécial. Un singulier diverticule partait de la concavité de la courbe splénique et finissait en cul-de-sac dans la fosse iliaque gauche. Là, au niveau de l'S iliaque, existait une tumeur volumineuse grosse comme une noix de coco, qui était le point de départ de l'obstruction, et que l'obésité du sujet n'avait pas permis de sentir pendant la vie. H. R.

IV. — Ce fait tire son intérêt du traitement fort simple et absolument innocent qui a amené la guérison. Ce traitement consiste dans l'administration alternée de larges purgatifs salins pour évacuer totalement l'intestin et d'extrait d'opium pour obtenir la constipation.

Le purgatif est donné tous les 5 ou 6 jours; dans l'intervalle on fait prendre de 4 à 8 ou 10 centigrammes d'extrait thébaïque, suivant le besoin. Sous l'influence du repos prolongé, l'orifice anormal se rétrécit, et, dans certains cas heureux, se ferme totalement. JULLIEN.

V. — L'auteur a réussi à obtenir l'occlusion de l'anus chez un jeune homme de 21 ans opéré pour une hernie inguinale congénitale étranglée. Une autoplastie avait été tentée sans succès. L'auteur se décida à une nouvelle intervention pour les raisons suivantes : l'émaciation résultant du passage trop rapide des aliments par suite du siège probable de l'anus sur un point élevé de l'intestin; l'issue à peu près complète des matières par l'anus artificiel; l'impossibilité enfin de trouver l'orifice du bout inférieur, quoique l'anus fût large (2 pouces de diamètre).

Deux jours avant l'opération, on cessa toute alimentation buccale pour recourir à des lavements nutritifs administrés toutes les quatre heures; la veille de l'opération, le bout supérieur fut soigneusement lavé avec des injections d'acide salicylique. Anesthésie par le protoxyde d'azote et l'éther. Désinfection de la plaie; passage d'une éponge dans le bout supérieur pour retenir les matières. Incision verticale de la paroi descendant à 1 pouce et demi au-dessus et au-dessous de l'orifice anal. Le bout supérieur est alors disséqué de ses adhérences; on trouve le bout inférieur immédiatement au-dessous, dans une position parallèle. Les deux bouts bien libérés, les précautions étant prises pour éviter toute pénétration de matières, on excise 1 pouce du bout supérieur, 2 pouces et demi du bout inférieur, ainsi qu'un coin de mésentère de 4 pouces de long sur près d'un pouce de large. La suture fut faite au moyen d'une double rangée de sutures. Pansement à l'iodoforme. La plaie abdominale ne fut fermée qu'aux deux angles supérieur et inférieur. La guérison était complète au 10e jour, et, à partir de ce moment, on supprima les lavements pour revenir à l'alimentation normale.

L'auteur établit ensuite un parallèle entre la destruction de l'éperon par l'entérotomie et la résection de l'intestin et donne les indications qui doivent faire choisir telle ou telle méthode. Suit une statistique de 39 opérations semblables. A. C.

VI. — 1° Femme de 28 ans, ayant depuis dix jours des accidents d'étranglement interne; depuis huit jours des vomissements. L'auteur pratique chez

elle un anus contre nature sur la ligne blanche; bientôt elle va à la selle et l'ouverture artificielle ne fournit plus que des matières liquides. Mais il n'obtient pas avec les cautérisations l'occlusion de la fistule, et, un an après la première opération, il se décide à en tenter la cure chirurgicale.

Comme il n'existe pas d'éperon, l'emploi de l'entérotome de Dupuytren n'est pas indiqué. L'auteur fait une incision à la paroi abdominale au-dessus de la fistule, de façon à saisir entre les deux doigts l'anse intestinale ouverte, attire cette anse au-dehors et le suture avec cinq fils de catgut; puis il suture la paroi abdominale. Au bout de dix jours la guérison est complète.

2° Hernie inguinale étranglée chez un homme robuste. Bien que les accidents ne datent que de 24 heures, la tumeur est déjà très douloureuse. En incisant ce sac, l'auteur constate qu'il ne contient pas de liquide mais qu'il est rempli par une anse intestinale longue de 28 centimètres, tendue et déjà bleu foncé. On y trouve même un petit orifice qui laisse échapper du pus et du sang. Deux médecins présents se prononcent contre la suture intestinale. L'opérateur vide donc l'anse, la lave avec une solution de sublimé et fixe le petit orifice au niveau de l'ouverture herniaire. Il reste donc là une fistule qui, malgré le rétablissement des fonctions intestinales et des évacuations par l'anus, n'offre aucune tendance à la guérison.

Trois mois après la première opération, l'auteur ouvre la paroi abdominale au-dessus de la fistule, extrait l'anse perforée, dissèque les bords de l'orifice fistuleux et le suture avec six fils de catgut, puis suture la paroi de l'abdomen. Guérison complète en 10 jours. L. GALLIARD.

VII. — Après avoir rappelé que les chirurgiens anglais sont presque les seuls qui aient appliqués la colotomie au traitement des fistules recto-vaginales et vésico-intestinales, l'auteur ajoute aux cas déjà publiés par différents auteurs la relation d'un fait qui lui est personnel. Sur les 13 cas que la science possède, 7 ont été suivis de succès non pas absolu, mais tel que la survie a été pour quelques-uns des opérés, de plusieurs années. En quelques lignes M. Duménil s'occupe du manuel opératoire, des difficultés que l'on peut rencontrer, et conclut que cette opération constitue une ressource précieuse, capable de prolonger quelque temps la vie des malades. OZENNE.

VIII. — Chez un malade atteint de dysenterie grave de Cochinchine, résistant à tout traitement, et ayant amené un rétrécissement rectal à marche progressive, Folet s'est décidé à pratiquer l'ouverture du cœcum. L'opération fut faite en deux temps, le cœcum n'ayant été ouvert que le 2e jour, après formation des adhérences. Le malade succomba le 5e jour. A l'autopsie on constata la présence, depuis l'anus jusqu'au cœcum, d'ulcérations étendues, et un rétrécissement très marqué du rectum. A. C.

IX. — L'auteur désigne sous le nom d'ulcération syphilitique du rectum ce qu'on appelle en France le syphilome ano-rectal.

On discute encore pour savoir si le rétrécissement dit syphilitique du rectum, presque exclusivement observé chez des femmes et chez des femmes syphilitiques, est bien une lésion spécifique. A quelle période de la syphilis appartient-il? procède-t-il de plaques muqueuses, de condylomes ou de gommes? ou bien est-il simplement le résultat d'une action du pus blennorragique, comme le veut Gosselin, ou d'un chancre mou comme le veut Després? L'auteur se prétend renseigné sur ces questions, mais il en réserve la solution pour un travail futur; il se contente de nous dire qu'il possède 50 observations et 30 autopsies de cette affection et que si le plus souvent les femmes chez lesquelles il l'a observée étaient syphilitiques, quelques-unes par contre n'avaient aucune

trace de syphilis. — Au point de vue anatomo-pathologique du reste, on n'a presque jamais rencontré jusqu'à ce jour de noyaux gommeux ni condylomateux dans cette affection.

En ce qui concerne le traitement, on connaît le peu de succès de la thérapeutique locale et générale dans les cas de ce genre. C'est pourquoi, dans les cas où malgré un traitement local et général bien suivi, il n'y a aucune tendance à l'amélioration, l'existence des malades étant compromise par l'énorme quantité de pus qu'ils sécrètent et convaincu du reste qu'il n'y a pas d'autre chance de salut, Hahn fait la colotomie.

Il a pratiqué 8 fois cette opération pour des rétrécissements du rectum et dans certains cas a obtenu une amélioration considérable. 3 fois il y eut, immédiatement après l'opération, une diminution très considérable de la sécrétion purulente et une augmentation marquée du poids du corps. Voici du reste l'observation la plus probante.

« La patiente accepta ma proposition et je lui fis, en octobre 1880, la colotomie antérieure gauche. — Le résultat fut des plus rapides, car, 14 jours après l'opération, la sécrétion purulente commence à diminuer et le corps à augmenter de poids. Cette augmentation était au début à peu près de 2 livres par semaine, plus tard de 4 livres environ, si bien qu'en quelques mois la malade avait gagné 35 livres. Auparavant très épuisée, cachectique et horriblement maigre, elle était devenue florissante; la suppuration rectale avait complètement disparu.

Quand, 2 ans plus tard, elle se représenta, demandant à être débarrassée de son anus contre nature, elle était encore dans le même état de prospérité. — Je l'opérai, sur sa demande, au commencement de 1883, d'une rupture du périnée très étendue qu'elle portait; malheureusement elle mourut de pyohémie... »

Trois des opérées sont mortes dans un délai de 8 mois et demi de maladies intercurrentes; deux ont succombé peu de jours après l'opération, l'une d'inanition parce que l'opération avait été entreprise trop tard, l'autre de péritonite.

L'auteur donne la préférence à la colotomie antérieure qui permet aux malades de se nettoyer eux-mêmes, qui est plus facile à exécuter et qu'il est plus aisé de pratiquer antiseptiquement; il considère cette opération, lorsqu'elle est faite sous les précautions nécessaires, comme absolument inoffensive. — Le plus souvent il fait la colotomie antérieure gauche, quelquefois, quand les ulcérations remontent haut, la colotomie antérieure médiane (ouverture du côlon transverse sur la ligne médiane à 7 ou 8 centimètres au-dessus de l'ombilic). L'opération doit, quand la chose est possible, être faite en deux temps. Le premier acte opératoire consistera en la suture du péritoine pariétal à la plaie cutanée (de 4 centimètres environ d'étendue), à l'aide de 8 à 10 points de suture; puis en la suture du côlon au péritoine pariétal à l'aide d'un même nombre de points, de façon à obtenir un accollement parfait des deux feuillets de la séreuse. Les fils doivent passer entre les tuniques séreuse et musculeuse de l'intestin dans l'étendue d'un demi-centimètre environ, puis traverser le feuillet pariétal et la peau pour être noués à l'extérieur. Les premières sutures sont en catgut et coupées ras, les secondes en soie phéniquée et on laisse aux fils une longueur de 8 centimètres environ pour qu'ils ne se perdent pas dans les bourgeons de la plaie. — Le second acte opératoire peut être fait au bout de 6 jours, sans chloro-

forme; on n'a qu'à écarter les fils en tirant sur leurs extrémités opposées et à inciser dans l'intervalle; on est certain de la sorte de ne pas dépasser la limite des adhérences de l'intestin.

Sur ses huit opérations, Hahn a fait six fois la colotomie gauche et deux fois la colotomie médiane.

Son travail se termine par la description de 7 pièces anatomiques de rétrécissement syphilitique du rectum, toutes provenant de femmes dont 3 avaient subi la colotomie. Ces pièces montrent surtout d'énormes destructions de la muqueuse qui, dans quelques cas, se prolongeaint sur une hauteur de 20 centimètres. La tunique musculeuse est toujours fortement épaissie, la lumière de l'intestin très rétrécie. DE SANTI.

X. — Vu l'impossibilité de guérir durablement les rétrécissements syphilitiques du rectum, dès qu'ils sont calleux et un peu étendus, soit par la dilatation graduelle ou brusque, soit par l'incision, Busch préfère les extirper. Dans le fait suivant, il a modifié un procédé de résection indiqué en 1872 par Hueter dans le but d'éviter l'incontinence des matières fécales, en conservant le sphincter externe et le point où la peau se réfléchit sur la muqueuse.

Femme de 35 ans, ayant un rétrécissement syphilitique du rectum, sur une longueur de 2 centimètres 1/2, qui laisse tout juste pénétrer l'extrémité de l'index.

Incision transversale du raphé périnéal à mi-distance entre l'anus et la fourchette et contournant l'anus en demi-lune. Section de la couche musculeuse au niveau où les fibres du constricteur du vagin s'entrecroisent avec celles du sphincter externe.

Pour inciser le tissu cicatriciel compris entre la paroi vaginale postérieure et la paroi antérieure du rectum, un aide relève la paroi du vagin, tandisque Busch déprime celle du rectum. Tout ce temps de l'opération fut très laborieux et nécessita une cinquantaine de ligatures.

Parvenu au-dessus du rétrécissement, Busch ne coupe d'abord que la moitié de la circonférence de l'intestin et pour en éviter la rétraction, il fixe par 3 ligatures provisoires les lèvres de l'incision du rectum à celles de la peau.

Il achève ensuite la section du rectum et arrive de haut en bas sur la face postérieure du point rétréci qui se détache facilement du tissu conjonctif de l'excavation sacrée.

Alors il pratique, au-dessous du rétrécissement à 2 centimètres au-dessus de l'anus, une nouvelle section du rectum, dont il résèque ainsi un tronçon de 5 centimètres.

La réunion des deux bouts de l'intestin ne présenta aucune difficulté. Les premiers points de suture furent introduits par la face interne et noués sur la face muqueuse, parce que l'accès de la face externe n'était pas possible en arrière. Lorsqu'un peu plus de la moitié du calibre du rectum se trouva ainsi réunie, les fils restants furent passés par la surface externe de l'intestin, car l'accès de la muqueuse n'était plus possible que par l'anus. Il suffit de 20 points de suture pour bien réunir l'intestin.

Après avoir saupoudré d'iodoforme le fond de la plaie, Busch introduisit un drain de chaque côté, et suture la plaie cutanée.

Le 4e jour après l'opération, la femme eut ses premières selles; elles étaient claires et profuses. Des matières fécales s'introduisirent sans doute entre les points de suture car peu de jours après, il se fit un écoulement de pus fécaloïde par la plaie périnéale en même temps que par une petite perforation de la paroi vaginale. Cet écoulement, entretenu par une diarrhée opiniâtre, continua plusieurs semaines au bout desquelles la malade fut parfaitement guérie.

Busch a eu recours à la même opération chez une femme de 32 ans, pour oblitérer une fistule recto-vaginale produite en essayant de dilater brusquement un rétrécissement syphilitique.

Malgré qu'on eût fermé immédiatement la communication anormale entre les deux conduits, il n'en était pas moins résulté une ouverture dans laquelle on pouvait engager l'extrémité des deux doigts. Busch essaya d'abord d'obturer cette fistule après avivement des lèvres vaginales mais la suture ne tint pas.

Alors il se décida à isoler l'une de l'autre les solutions de continuité vaginale et rectale pour pouvoir en aviver les lèvres séparément et par la plaie périnéale, il ferma le trou vaginal par 12 sutures longitudinales et celui du rectum par 6 sutures transversales.

XI. — Homme de 49 ans, souffrant depuis plusieurs années de troubles gastro-hépatiques. A eu à deux reprises des accidents d'obstruction intestinale, le dernier ayant duré 21 jours. A partir de ce moment, vomissements toutes les 24 heures; les intestins fonctionnent cependant régulièrement. Le lavage de l'estomac ne produisit aucun soulagement; le liquide était aussi trouble à la fin qu'au commencement de l'opération.

A son entrée à l'hôpital, les vomissements continuent; ils ont une odeur fétide, stercorale; les garde-robes sont peu abondantes. Pas de signes d'obstruction, pas de tumeur abdominale. L'urine contient de l'indican en grandes proportions. Le diagnostic porté fut fistule gastro-intestinale, probablement gastro-colique. La colotomie fut pratiquée du côté droit dans le but d'empêcher les matières de passer dans l'estomac; les vomissements s'arrêtèrent, mais il survint une diarrhée avec melæna et le malade mourut 7 jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouve l'estomac uni au côlon transverse par une masse dure, cancéreuse, au travers de laquelle se trouve une large ouverture d'un pouce faisant communiquer les deux viscères. A la partie inférieure du rectum, large ulcération que l'examen micrographique fait reconnaître de nature carcinomateuse. A. C.

XII. — Homme de 38 ans, sans antécédents cancéreux héréditaires, adonné à la boisson. Début de l'affection par de la diarrhée, de la douleur dans la région lombaire droite, avec crises paroxystiques. Au bout de dix semaines, on s'aperçut de la présence d'une petite tumeur, grosse comme une noix, dans la région lombaire. Cette tumeur s'accrut rapidement, devenant le siège de douleurs violentes, et déterminant chez le malade un amaigrissement rapide. Au moment des crises, il y avait de la tympanite évidente du cœcum, et il était manifeste que la tumeur siégeait dans les parois de cette portion de l'intestin. On diagnostiqua un épithéliome, et comme la tumeur était mobile, on décida de l'enlever.

Après chloroformisation et précaution antiseptique, le ventre est ouvert largement par une incision parallèle au bord externe du muscle droit antérieur.

La tumeur est ainsi mise à nu, et l'on constate qu'elle siège à l'union du cœcum et du côlon ascendant. Après avoir passé une double ligature de catgut autour du mésentère et autour du côlon ascendant au-dessus de la tumeur, l'intestin est sectionné à ce niveau : la surface de section soigneusement lavée à l'acide phénique et purifiée de toute matière fécale. Une seconde ligature double est passée de la même manière autour de l'iléon et l'extrémité de l'intestin grêle sectionnée, de façon à réséquer toute la partie intermédiaire du cœcum. Cela fait, écartant les deux feuillets du mésentère, le chirurgien va énucléer deux ganglions mésentériques qui semblent envahis par le néoplasme.

Ce fut là le temps le plus difficile de l'opération, en raison d'une hémorragie veineuse que l'on eut une certaine peine à arrêter. Après avoir lavé la

cavité abdominale, il ne resta plus qu'à fixer l'extrémité inférieure de l'intestin grêle à la partie la plus déclive de l'incision abdominale, de façon à établir un anus artificiel, tandis que la portion sectionnée du côlon était fixée à l'angle supérieure de la plaie. Celle-ci fut suturée dans la plus grande partie de son étendue, en comprenant dans son épaisseur les muscles et la séreuse péritonéale. Pansement avec de la gaze iodoformée.

Les suites immédiates de l'opération furent des plus simples. Le cours des matières s'établit très régulièrement par la fistule abdominale, il y avait peu de fièvre, peu de collapsus. L'alimentation se faisait par des lavements de peptone et dès le second jour, par du lait. Pendant les cinq premiers jours il y eut peu de douleur, seulement de la tension abdominale produite par des gaz.

Le huitième jour, les garde-robes devinrent fétides et l'état général mauvais le météorisme abdominal devint considérable. Malgré des alternatives d'amélioration passagère, la mort survint le 13e jour par péritonite.

D'après les résultats de l'autopsie, l'auteur s'efforce de démontrer que la péritonite, en pareil cas, était traumatique et non septique, et que l'opéré eût pu guérir s'il n'eût pas été alcoolique.

XIII. — Une femme de 21 ans entre à l'hôpital le 21 janvier, pour une pelvi-péritonite chronique consécutive à une blennorragie. Le 25 février éclatent soudainement des symptômes de péritonite aiguë diffuse, qui semblent devoir amener une mort prochaine. Dès le lendemain l'abdomen est ouvert avec des précautions antiseptiques, la malade se trouvant dans une situation très critique. L'incision fait voir des anses intestinales enflammées et purulentes, agglutinées par des exsudats récents : le foyer était un abcès pelvien très fétide qui, primitivement enkysté, s'était ouvert dans la grande cavité abdominale. Après le lavage de la cavité abdominale avec de l'eau chlorurée, un drain fut passé dans la plaie, et la malade guérit : 40 jours après, elle se levait et se promenait dans le jardin.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Howard Marsh rapporte des faits analogues.

Il s'agit d'un garçon de 19 ans, atteint brusquement de péritonite suraiguë avec vomissements fécaloïdes qui pouvaient faire croire à une obstruction intestinale. L'opération fut faite en pleine crise, le malade vomissant violemment et présentant déjà du collapsus. Les intestins furent trouvés rouges, ballonnés et déjà purulents. L'abdomen fut soigneusement lavé avec de l'acide phénique à 1/60, un drain introduit dans les lèvres de la plaie, et celle-ci soigneusement suturée. Pendant deux heures, le malade resta froid et algide, puis il se reprit à vivre, et malgré des vomissements incessants, il finit par guérir au bout de deux mois; on fut obligé de lui faire des injections iodées dans la cavité abdominale.

Barwell rapporte également des faits de pérityphlite, dans lesquels l'intervention chirurgicale fut très heureuse, bien qu'il s'agit, non pas d'ouverture d'abcès extrapéritoneaux mais bien de péritonites suppurées circonscrites. H. R.

XIV. — Voici les chiffres principaux de cette statistique :

Incisions exploratrices	94 —	2 morts.
Ablations de :		
a Kystes parovariens	65 —	2 morts.
b Kystes d'un seul ovaire	239 —	26 —
— des deux ovaires	101 —	5 —
c des annexes utérines pour :		

Myomes	99 — 7	morts.
Affections inflammatoires	201 — 10	—
Epilepsie	6 — 0	—
d de l'utérus (hystérectomie)	54 — 19	—

Ouvertures de l'abdomen :

Pour abcès pelviens	30 —	sans morts.
Cholécystotomie	13 —	—
Néphrotomie	9 —	—
Grossesse extra-utérine	11 — 2	morts.
Hépatotomie	10 — 0	—
Hydatides du péritoine	2 — 0	—

Sur 1,000 cas d'ouverture de l'abdomen, la mortalité totale est de 93, soit une moyenne de 9, 3 pour 100. H. R.

I. — De quelques variétés de tumeurs congénitales de l'ombilic et plus spécialement des tumeurs adénoïdes diverticulaires, par LANNELONGUE et FRÉMONT (*Arch. gén. de méd., janvier* 1884).

II. — Multiple adenoma of colon and rectum, par W. WHITEHEAD (*Brit. med. journ., p.* 410, *mars* 1884).

III. — Note sur deux cas d'adénome du rectum, par POZZI (*Gaz. méd. de Paris,* 25 *octobre* 1884).

IV. — Nævus of the rectum proving fatal in the adult from hemorrage, par Arthur BAKER (*Royal Society*; *Med. Times,* 28 *avril* 1883).

V. — Prolapsus du rectum causé par un rétrécissement congénital de cet organe, par E. BŒCKEL (*Rev. de chir., janvier* 1885).

VI. — Note sur les cloisons congénitales du rectum ; indications chirurgicales qui peuvent en être la conséquence, par LANNELONGUE (*Bull. Soc. de Chir., p.* 200, 1884).

VII. — Die Operation des Mastdarmvorfalles (L'opération de la chute du rectum), par DITTEL (*Wiener med. Woch., n°* 18, 1883).

VIII. — Zur Statistik und operativen Behandlung des Mastdarmcarcinom (Traitement du cancer du rectum), par HENCK (*Arch. f. klin. Chir., Band XXXIX, Heft* 3. *p.* 536, 1883).

IX. — Nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale du cancer du rectum, par Maurice POLLOSSON (*Lyon méd.,* 18 *mai* 1884).

I. — 1° *Tumeurs adénoïdes diverticulaires.* Aux deux cas relatés par Küstner et à un troisième rapporté par Chandelux, Lannelongue et Frémont ajoutent trois observations avec examen histologique et figures. Les tumeurs adénoïdes diverticulaires succèdent à la chute du cordon, et sont caractérisées par une saillie se développant en pleine cicatrice ombilicale, atteignant le volume d'une petite cerise, d'un aspect rouge uniforme à surface lisse, résistante, irréductible. On trouve à leur surface un enduit visqueux tachant le linge comme un liquide muqueux. Du reste, le diagnostic ne peut être fait d'une manière sûre que par l'examen histologique. Ces tumeurs sont constituées par

du tissu de l'intestin, modifié à bien des égards. La muqueuse forme la zone corticale ou périphérique et présente diverses particularités : épithélium sans plateau, mais fortement distendu par du mucus; chorion riche en éléments embryonnaires; glandes se montrant sous deux aspects, les unes recouvertes d'un épithélium semblable à celui qui tapisse la surface de la tumeur, remarquables par leur longueur, leur largeur, les dilatations ampullaires qu'elles présentent sur leur trajet; les autres pourvues d'un épithélium clair, absent dans l'intestin normal. L'adhérence des tuniques entre elles est beaucoup plus grande; les couches sont irrégulières, épaissies. Dans un cas, la tumeur était presque exclusivement formée par la muqueuse doublée de sa couche musculeuse et de la celluleuse sous-jacente hypertrophiée.

Lannelongue et Frémont pensent que les tumeurs sont formées par un diverticule intestinal, vestige du conduit vitello-intestinal. La présence de la muqueuse à la surface résulterait pour eux d'une procidence partielle de cette tunique, d'un prolapsus latéral entraînant à sa suite les plans musculaires qui lui sont annexés. L'hypothèse d'une inversion du diverticule, proposée par Chandelux, ne leur paraît pas admissible. Quant au traitement, il consiste dans la ligature ou l'excision, à condition qu'un examen attentif ait préalablement démontré l'absence d'un trajet central communiquant avec l'intestin. Les cautérisations sont inefficaces.

2° *Granulome de l'ombilic.* Cette tumeur, facilement confondue avec la précédente s'en distingue par son volume souvent plus considérable, sa surface inégale et lobulée, sa consistance molle, sa sécrétion franchement purulente avec fréquentes exhalations sanguines, enfin sa facile disparition sous l'influence des cautérisations. Trois observations avec examen histologique sont rapportées dans ce travail.

3° *Kystes sébacés congénitaux de l'ombilic.* Dans l'observation rapportée par Lannelongue et Frémont, à placer à côté de celle de Langenbeck, le kyste occupait le bourrelet en capuchon qui surmonte la cicatrice ombilicale.

P. MERKLEN.

II. — Garçon de 21 ans entré à l'hôpital en juillet 1883. A l'âge de 11 ans, il s'était aperçu qu'à chaque garde-robe une sorte de production pédiculée sortait de son anus; l'affection était complètement indolente. A 13 ans, il commença à en souffrir et à saigner toutes les fois qu'il faisait rentrer la tumeur. Celle-ci ne tarda pas à grossir et à obstruer le passage des matières.

A son entrée, il était dans un état d'anémie profonde. Le ventre, très flasque, se laissait explorer avec une grande facilité. On sentait le côlon descendant et l'S iliaque comme une sorte de boudin résistant et bosselé. L'anus et le rectum étaient remplis par une masse de productions polypiformes qui faisaient saillie hors du sphincter : on en sentait une quantité innombrable, aussi haut que le doigt pouvait atteindre.

L'opération fut faite de la manière suivante. En déprimant fortement l'S iliaque, on arriva à faire saillir toute la tumeur hors de l'anus; elle avait l'aspect d'un énorme chou-fleur. Une tentative d'excision des papillomes pris isolément échoua, l'hémorragie étant considérable. L'auteur se borna à saisir toute la masse et à la lier au moyen d'un serre-nœud : l'opération fut très simple. Une fois la tumeur enlevée, on put explorer le rectum, en introduisant un doigt d'abord, puis la main. On put ainsi constater que le côlon descendant était dilaté au point de remplir et de distendre toute la

cavité abdominale. La main y rencontrait une série de tumeurs papillomateuses analogues à celles du rectum.

Cette opération, si incomplète qu'elle fût, eut des conséquences heureuses : huit jours après, le malade quitte l'hôpital, ne souffrant plus d'hémorragies et capable de retenir ses matières fécales ; on eut des nouvelles de lui plus de six mois après, la guérison ne s'était pas démentie.

L'examen histologique des tumeurs montra qu'il s'agissait d'adénomes, ou plutôt de papillomes recouverts d'épithélium cylindrique. H. R.

III. — Femme de 38 ans. Depuis 1880, elle est prise d'hémorragies anales fréquentes, accompagnées de ténesme et de leucorrhée anale.

On constate sur la face antérieure du rectum, à 6 centimètres de la marge de l'anus, une tumeur sessile du volume d'une amande verte, molle, un peu élastique, granuleuse, paraissant faire corps avec la muqueuse rectale et être mobile sur la cloison recto-vaginale ; elle est rouge foncée, d'aspect framboisé et saignant sans ulcérations, ni prolongements, ni racines.

M. Pozzi pratique l'ablation de cette tumeur en se servant du bistouri.

La seconde observation a été communiquée à l'auteur par M. Trélat. Le polype (également un adénome) fut enlevé avec l'écraseur. Le malade était âgé de 40 ans et le début de la tumeur remontait à huit ans. OZENNE.

IV. — L'auteur a observé cette tumeur chez un adulte atteint de diarrhée accompagnée d'hémorragies abondantes. L'examen avec un spéculum vaginal, pendant l'anesthésie, et l'éclairage à une forte lampe permit de reconnaître la nature de la tumeur et le point de départ des hémorragies, trois petites ulcérations. En dépit de tout traitement, le malade mourut épuisé par les pertes de sang. A l'autopsie, on reconnut une tumeur angiomateuse occupant les parois du rectum sur une longueur de quatre pouces. Les autres organes étaient sains, le corps était exsangue. A. C.

V. — 1° Enfant de neuf mois présentant une chute du rectum ayant la forme d'un cône pointu, long de 6 centimètres, et ayant débuté à l'âge de deux mois. On reconnaît un rétrécissement au sommet du cône : application d'un pessaire rectal le 30 mars 1881 ; suppression le 3 avril ; la chute ne se reproduit plus. Guérison constatée en juillet.

2° Fille de six semaines, porte un prolapsus de quatre centimètres de long, depuis 15 jours. Application du pessaire le 1er juin ; suppression le 3 juin. La chute du rectum est guérie ; mais il se produit un phlegmon péri-anal, qui se vide spontanément au bout de quelques jours. Il faut encore achever de dilater le rétrécissement par l'introduction quotidienne de l'index ; mais la chute ne se reproduit plus.

3° Garçon de 3 ans. Le prolapsus a paru à trois mois et est devenu permanent à 1 an ; de forme conique, il offre une longueur de 7 centimètres. L'orifice du sommet est fermé par un liséré non extensible, n'admettant même pas l'extrémité du petit doigt, et laissant passer des selles molles en spirale. Muqueuse rectale prolabée rouge, sans excoriation. Anus dilaté et couvert de petites gerçures. Application, après réduction, du pessaire le 7 octobre 1884 ; suppression le 13 octobre. Ce jour on constate que l'anus est encore largement dilaté, en forme d'entonnoir, et à 8 centimètres de profondeur, on sent une légère bride, que le doigt franchit facilement. En novembre guérison confirmée.

Ces trois cas sont trois exemples de prolapsus du rectum, reconnaissant pour cause, suivant l'auteur, un rétrécissement congénital de l'extrémité supérieure du rectum. Aux causes ordinaires de chute du rectum, il faut donc ajouter celle-ci, le rétrécissement du rectum, dont la formation nous est révélée par l'évolution embyologique de la région. Dilater le rétrécissement et maintenir le prolapsus réduit, sont les deux

indications thérapeutiques à remplir. L'auteur préconise à cet effet un pessaire anal spécial. OZENNE.

VI. — Dans un premier cas, après avoir opéré, par la méthode de Littre, un nouveau-né dont le rectum ne communiquait pas avec l'anus, il fut possible au bout de vingt jours, de conduire une sonde par l'anus artificiel dans le bout inférieur de l'intestin jusqu'au niveau de l'obstacle inférieur ; l'auteur incisa cet obstable et rétablit de la sorte le canal intestinal.

Le second fait est démonstratif; l'examen des pièces anatomiques permit de reconnaître l'existence de deux cloisons ou valvules complètes dans la dernière partie du gros intestin. La première de ces cloisons est située à trois centimètres et demi au-dessus de l'anus bien conformé ; la seconde cloison est à onze centimètres de la même ouverture anale ; entre les deux existe un intestin normal dont le calibre est seulement plus petit parce qu'il n'a pas été distendu par le méconium.

Lorsqu'on a été assez heureux pour obtenir la guérison d'un nouveau-né par la méthode de Littre, ou par la création d'un anus artificiel, l'espoir de rétablir le cours des matières par l'anus normal ne doit pas être perdu dans tous les cas.

On est autorisé à explorer le bout inférieur de l'intestin ; plusieurs circonstances peuvent alors apparaître. La sonde parcourant le rectum arrive librement jusqu'au périnée, à quelques centimètres de l'anus, trois ou quatre en moyenne ; on sent alors que la portion anale du rectum n'est séparée du reste de l'intestin que par une faible épaisseur de tissus, quelquefois même par une simple cloison. L'indication paraît formelle dans ce cas : on doit rétablir le cours des matières en incisant l'obstacle.

Pour que la pratique précédente puisse être suivie, il va de soi que l'anus artificiel doit être pratiqué sur l'S iliaque du côlon, sans cela le cathétérisme du bout inférieur serait à peu près impossible ; dorénavant ce cathétérisme devra toujours être pratiqué pour qu'on soit définitivement renseigné sur l'état du bout inférieur de l'intestin. Lui seul pourra fournir les données nécessaires au rétablissement de l'anus normal.

Dans la discussion qui a suivi cette présentation, Desprès ayant contesté qu'il s'agit là d'un canal intestinal normalement constitué, l'auteur répondit par l'exposé d'un examen microscopique tout à fait probant. Il en résulte que c'est bien de l'intestin avec son péritoine, ses deux couches musculaires, sa couche celluleuse et sa couche muqueuse, qui se trouvait compris entre deux valvules.

Une telle malformation est parfaitement explicable pour Trélat par les lois du développement de l'anus et du rectum; mais Pozzi, Tillaux, Desprès, Marchand opinent différemment.

Pour Lannelongue, il ne serait pas impossible qu'il s'agît là d'une altération pathologique intra-utérine. On a la plus grande tendance à ne voir que des anomalies, alors que bien souvent il faut compter avec les ulcères, les adhérences consécutives et les lésions, non point formatives mais morbides, qui se développent pendant la grossesse. JULLIEN.

VII. — Les chirurgiens de Vienne observent très souvent la chute du rectum, surtout chez les Serbes, les Roumains, les habitants du sud de la Hongrie et de la Galicie ; la race juive fournit à cet égard un contingent considérable. Aussi l'auteur a-t-il pratiqué l'opération plusieurs centaines de fois.

Examinant les divers procédés opératoires : écrasement, cautérisation

à l'acide nitrique, cautérisation au fer rouge ou au galvano-cautère et enfin ligature, c'est à ce dernier qu'il donne la préférence. Depuis qu'il a inauguré la ligature élastique (mars 1872), il l'emploie presque exclusivement sans avoir jamais ni accident, ni insuccès, ni récidive.

Il fait usage uniquement de tubes en caoutchouc des fabriques françaises, qu'il applique de la façon suivante. Il saisit la portion saillante de la muqueuse au moyen d'une pince à polypes qu'il confie à un aide, place la ligature au niveau de la base du repli muqueux en exerçant une traction lente et continue sur les deux chefs du tube élastique qu'il noue solidement. La muqueuse devient immédiatement bleue, puis noire et le soir même de l'opération la tumeur est flasque. Elle se détache du quatrième au septième jour, laissant une surface granuleuse qui se cicatrise en quelques semaines.

Les complications de l'opération sont la douleur, la rétention d'urine, et le gonflement qui peut mettre obstacle aux évacuations anales. Mais l'auteur est si satisfait de son procédé qu'il l'applique sans crainte, même aux sujets âgés.

L. GALLIARD.

VIII. — Il a été observé depuis 1877, à la clinique de Czerny, 43 cas de cancer du rectum, dont 29 chez des individus de 40 à 60 ans ; 30 concernaient des hommes, 13 des femmes ; 42 étaient des cancers le plus souvent circulaires ou à peu près circulaires de la muqueuse, 1 un épithéliome pavimenteux de l'anus.

L'examen microscopique, pratiqué dans 36 cas, a donné 26 fois des carcinomes à cellules cylindriques simples, 7 fois des carcinomes cylindriques en partie colloïdes, en partie alvéolaires, 1 fois un épithéliome pavimenteux. La différence de structure histologique n'implique pas d'évolution clinique spéciale ; cependant il semble que les cancers cylindriques simples ont une marche relativement favorable. Les ganglions inguinaux ne sont pas, comme l'avance Von Winiwarter, pris, dans le cancer du rectum, avant les ganglions qui entourent le rectum ; tout au plus le sont-ils quand le cancer s'étend de bonne heure autour de l'anus.

L'extirpation du rectum a été toujours et en totalité exécutée, sous les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, par le procédé de Volkmann à incision médiane postérieure, détachement circulaire de l'anus et suture préalable de l'extrémité supérieure du rectum. Cette dernière condition est très importante, d'abord parce qu'elle s'oppose à la rétraction cicatricielle de la muqueuse pendant la guérison ; ensuite parce qu'elle prévient l'infection de la plaie par le contenu du rectum.

La conservation de petites portions de la marge anale ou de minces lambeaux de muqueuse est condamnable parce qu'elle favorise les récidives.

La résection du coccyx est le plus souvent inutile et doit être évitée le plus possible, parce qu'elle complique notablement les conditions de la plaie.

Le pansement à l'iodoforme donne, dans l'extirpation du rectum, de bons résultats.

25 opérés n'ont donné que 1 mort, soit 4 0/0 de mortalité. 11 des opérés sont encore vivants dont 9 sans récidive, bien qu'ils aient été opérés depuis plus de 3 ou 4 ans ; on peut donc très vraisemblablement les considérer comme guéris. Guérison définitive : 12 0/0 des cas.

Dans les carcinomes rectaux durs, rétractés, très étendus et par conséquent offrant peu de chances de guérison radicale, il ne faut jamais recourir au raclage, qui ne donne que de mauvais résultats, mais toujours à la colotomie qui supprime les principaux accidents et permet une survie de plusieurs années. DE SANTI.

IX. — L'auteur propose, pour rendre l'intervention chirurgicale, dans le cancer du rectum, plus facile, moins sujette aux complications, de pratiquer tout d'abord la colotomie, puis secondairement et à plus ou moins longue distance l'extirpation du néoplasme.

La colotomie n'est plus une simple opération palliative. L'auteur crée une voie de dérivation complète, en obturant le bout inférieur de l'intestin et supprimant ainsi le passage des fèces, cause de douleurs, d'irritation. La tumeur rectale, est pour ainsi dire, isolée et une fois le cours des matières bien assuré, on peut songer à l'ablation du cancer. M. Pollosson a pratiqué une fois cette opération ; il a choisi la région iliaque comme siège de l'anus contre nature. Une fois l'intestin dégagé, il le sectionne en travers, et repliant quelques millimètres des bords du bout inférieur, les refoulant par invagination, il suture cet orifice par cinq points de suture au catgut ; l'intestin est oblitéré complètement. L'autre bout est fixé, d'après les procédés ordinaires, aux lèvres de la plaie.

L'auteur n'a pu, vu l'état de la malade, pratiquer la seconde opération. A. C.

Diagnostic clinique des néoplasmes de la vessie, par F. GUYON (*Ann. des maladies des organ. génit. urinaires, novembre* 1884).

Pour le diagnostic des tumeurs de la vessie, et pour poser les indications de l'intervention, le chirurgien, d'après Guyon, sans négliger toutefois l'exploration directe, doit tenir le plus grand compte des symptômes fonctionnels. Ceux-ci sont au nombre de trois : l'*hématurie*, la *douleur* et les *troubles de la miction.*

L'hématurie est le seul symptôme à peu près constant : elle a une très haute valeur séméiologique et devient pour ainsi dire pathognomonique, lorsqu'elle *apparaît spontanément, se reproduit facilement et fréquemment, lorsqu'elle dure longtemps.* Il faut cependant savoir distinguer les hématuries d'origine vésicale de celles que déterminent les tumeurs du rein.

La douleur et les troubles de la miction ne constituent des symptômes ni précoces, ni constants ; ils n'acquièrent de l'importance, au point de vue séméiologique, que s'ils se combinent avec l'hématurie qui vient leur donner sa note caractéristique. Cependant, l'étude du symptôme douleur peut jusqu'à un certain point aider au diagnostic différentiel des tumeurs bénignes et malignes.

L'examen de l'urine fait aussi parfois rencontrer des parcelles de néoplasme, qu'il est possible de soumettre à l'examen microscopique.

L'exploration directe de la vessie par la sonde métallique ne donne souvent, surtout dans les cas de papillome, que des renseignements très insuffisants. En outre, le cathétérisme détermine quelquefois des hémorragies graves et provoque l'éclosion de la cystite. Quant au toucher rectal, combiné avec le palper abdominal, c'est un excellent mode d'ex-

ploration, car il indique si la paroi est envahie dans toute son épaisseur et, par suite, si l'ablation de la tumeur peut être tentée.

Dans la plupart des cas, Guyon ne croit pas nécessaire d'inciser avant l'opération soit la vessie, soit l'urètre, et d'aller explorer avec le doigt la cavité vésicale pour compléter le diagnostic. Néanmoins, lorsqu'elle est indispensable, cette incision exploratrice devrait être pratiquée par la voie hypogastrique plutôt que par le périnée. Car, si des tentatives d'ablation vont succéder immédiatement à ces manœuvres d'exploration, l'ouverture sus-pubienne les rendra plus faciles, plus complètes et plus efficaces. En somme, le chirurgien de Necker regarde comme exceptionnelle l'indication de l'exploration digitale de la vessie par la voie périnéale, telle que la pratique et la préconise sir H. Thompson. R. JAMIN.

Leçons sur les maladies des voies urinaires, par RELIQUET (*Un vol. in-8°, Paris,* 1885).

La première de ces neuf leçons constitue un chapitre de physiologie normale : le mécanisme de *la miction*, chez l'individu sain, y est étudié dans tous ses détails et ses différentes phases (distension physiologique de la vessie, besoin d'uriner, effort initial, jet, coup de piston, etc.....) Les différences qui existent dans la miction de la femme et de l'enfant sont ensuite exposées, et enfin la leçon se termine par l'influence du système nerveux sur l'appareil excréteur de l'urine.

Dans la seconde leçon, l'auteur passe en revue les *spasmes de la vessie et de l'urètre* et les diverses affections qui les déterminent. Pour la vessie, ce sont les affections des reins, les corps étrangers intra-vésicaux, les altérations organiques péri-cervicales, différentes affections de l'urètre profond, de la prostate, des conduits éjaculateurs et des vésicules séminales (notamment la tuberculisation de ces organes), et enfin les maladies de l'axe cérébro-spinal. Pour l'urètre, nous trouvons signalés les rétrécissements péniens, l'atrésie du méat, l'élongation et l'étroitesse congénitale du prépuce, les inflammations aiguës du canal dues à la blennorragie, à la cowpérite ou à la présence de corps étrangers arrêtés dans l'urètre antérieur; puis viennent des causes d'ordre purement génital, des causes de nature ano-rectale (telles que constipation, hémorrhoïdes, fissures....). La fin de cette leçon est consacrée à l'étude de l'action du chloroforme sur l'urètre et la vessie.

Les sept autres leçons traitent des *stagnations d'urine*, que leur cause soit urétrale (surtout par rétrécissement) ou prostatique. C'est cette dernière qui est principalement étudiée dans sa physiologie pathologique et ses symtômes, ceux-ci se divisant en : 1° période latente; 2° période d'excitation, et pouvant se compliquer finalement d'altérations diverses du côté des uretères et des reins, de la prostate et des voies séminales. L'état des urines, comme qualité et quantité, et surtout leur transformation ammoniacale, tiennent une large place dans ce complet exposé clinique, ainsi d'ailleurs que la relation existant entre la stagnation urinaire et les états généraux, ceux-ci ayant sur elle une influence manifeste et réciproquement.

Quant au traitement, il varierait, d'après l'auteur, suivant que la stagnation est à sa période latente ou à sa période active. Dans ce der-

nier cas, la sonde à demeure semblerait préférable aux cathétérismes répétés pour assurer le repos physiologique et organique de l'appareil de la miction. Toutefois, les autres moyens thérapeutiques ne doivent pas être oubliés; tels sont la médication calmante, les soins hygiéniques de la vessie, voire même les opérations chirurgicales destinées à assurer un libre écoulement à l'urine, la boutonnière périnéale ou hypogastrique par exemple, si souvent pratiquée à l'étranger. R. JAMIN.

Leçons sur les tumeurs de la vessie et sur quelques points de la chirurgie des voies urinaires, par sir H. THOMPSON, traduites par R. JAMIN (*Un vol. in*-8, *Paris*, 1885).

Les quatre premières leçons de cet ouvrage, qui en comporte dix, traitent des tumeurs de la vessie. L'auteur commence par exposer l'application toute nouvelle qu'il a faite de l'opération, préconisée autrefois par les anciens chirurgiens français sous le nom de boutonnière périnéale : il se sert d'abord de cette incision urétrale pour l'exploration digitale de la vessie, c'est-à-dire pour le diagnostic des tumeurs ou autres états morbides du réservoir urinaire à l'aide du doigt introduit dans cet organe par la voie périnéale; et il utilise ensuite cette même incision pour les manœuvres d'ablation qu'indiquent les renseignements ainsi obtenus par le toucher direct. Ne se contentant pas de développer le côté clinique et pratique de son sujet, en faisant connaître son manuel opératoire et les résultats que ce dernier lui a fournis, Thompson envisage également les tumeurs vésicales à un point de vue plus théorique : c'est ainsi qu'il en étudie les caractères microscopiques et qu'il arrive à en établir une classification, en s'appuyant à cet égard sur les cas observés par lui-même et aussi sur les nombreuses pièces anatomo-pathologiques que renferment les musées de Londres, et dont quelques-unes sont reproduites par la gravure dans cet ouvrage.

La cinquième et la sixième leçon sont consacrées à l'étude de différents troubles fonctionnels de la vessie, résultant de l'inertie du muscle vésical, inertie soit spontanée et primitive, soit déterminée par l'hypertrophie de la prostate, par une affection des centres nerveux, l'ataxie locomotrice notamment, ou par une inflammation ou un traumatisme instrumental de la vessie elle-même. Quelques considérations très usuelles sur les moyens d'éviter les dangers immédiats ou éloignés du cathétérisme et d'en obtenir, au contraire, les plus grands bénéfices pour le malade, terminent ces deux leçons, qui, réunies, constituent un chapitre séméiologique important de la pathologie urinaire.

Viennent ensuite trois leçons sur le traitement chirurgical des calculs vésicaux par la lithotritie et la taille. L'auteur a su y faire entrer à la fois l'historique complet de la question, depuis les anciennes tailles et la lithotritie de Civiale à séances courtes et répétées jusques et y compris la litholapaxie en une seule séance prolongée de Bigelow, le diagnostic des calculs, les différents modes opératoires, leurs indications relatives, et enfin il ajoute aux statistiques de plusieurs célèbres praticiens anglais la sienne propre, portant sur plus de 800 lithotrities ou tailles. Quelques pages sont accordées aux modifications modernes de la taille hypogastrique (procédé de Petersen) à la fin de la neuvième leçon.

Le traitement des rétrécissements de l'urètre, principalement par l'urétrotomie interne, est développé dans la dernière leçon. Le procédé opératoire de Thompson, inspiré en partie par celui de Civiale (section des tissus indurés d'arrière en avant), n'est généralement pas pratiqué, comme règle du moins, par les chirurgiens français, qui donnent habituellement la préférence aux instruments munis d'un conducteur, dont l'urétrotome de Maisonneuve est le type. Néanmoins, il est intéressant d'étudier les résultats qu'a fournis jusqu'à présent à Thompson l'emploi de sa méthode personnelle.

Un grand nombre d'annotations, ajoutées par R. Jamin, le traducteur, permettent de comparer les rapprochements et parfois les divergences qui existent dans la pratique du chirurgien anglais et dans celle du professeur Guyon et de ses élèves. A. C.

Pathogénie des fistules ombilicales, par J. CASTEL (*Thèse de Paris*, n° 56, 1884).

La pathogénie des fistules ombilicales pourrait, d'après l'auteur, être ainsi classifiée :

1° Fistules consécutives à un processus inflammatoire à marche aiguë (péritonite suppurée déterminant un abcès au niveau ou aux environs de la cicatrice ombilicale : péritonite puerpérale, péritonite idiopathique de l'enfance (Gauderon), péritonite perforante de Féréol).

2° Fistules consécutives à une phlegmasie chronique du péritoine (péritonite tuberculeuse, kystes hydatiques,...).

3° Fistules entéro-ombilicales (herniaires, diverticulaires, ou consécutives à la présence d'un corps étranger ou d'entozoaires).

4° Fistules ombilicales d'origine hépatique (calculs biliaires, kystes hydatiques ou abcès du foie).

5° Fistules urinaires, consécutives à une perméabilité permanente de l'ouraque, les unes *congénitales*, que le sujet soit affecté ou non d'un vice de conformation des organes génito-urinaires empêchant l'urine de s'écouler au dehors par les voies naturelles ; les autres, survenant *chez l'adulte*, plus ou moins longtemps après la naissance, par l'ouraque resté perméable, et à la suite d'un obstacle au cours de l'urine. R. JAMIN.

I. — Ueber Harnröhrensteine (Calculs de l'urètre), par PARTSCH (*Deutsche med. Woch.*, n° 7, 1884).

II. — Calcul urétral, par FOLET (*Bulletin Soc. chir.*, p. 25, 1884).

III. — Zehntägige Anurie nach doppelseitigem Ureterenverschluss durch Steine (Anurie de dix jours due à l'occlusion des deux uretères par des calculs), par EGER (*Deutsche med. Woch.* n° 9, 1884).

IV. — Extraordinary and probably unique case of stone in the bladder, par A. PATTERSON (*Glasg. med. Journ.*, p. 409, *juin* 1884).

I. — Garçon de 6 ans chez qui l'auteur reconnaît l'existence d'un calcul logé dans la portion pénienne de l'urètre. C'est à l'âge de trois mois que, d'après les renseignements de la mère, les troubles de la miction ont débuté chez le jeune sujet. Puis un médecin constata une tumeur au périnée; cette tumeur chemina vers le méat, et actuellement elle siège à une petite distance

de cet orifice; elle est dure, inégale, immobile, longue de 4 centimètres. Le cathétérisme fournit à l'observateur la sensation caractéristique.

L'auteur, ne pouvant songer à l'extraction directe, incise l'urètre sur une longueur de 3 centimètres et trouve cinq calculs fixés dans une loge fibreuse, qui communique avec l'urètre et dont les parois sont formées par une transformation scléreuse du corps caverneux. Les calculs étant enlevés, le cathétérisme devient facile, la vessie ne contient pas de pierre. Pansement à l'iodoforme, guérison en quatre semaines.

Les petits calculs, constitués par de l'acide urique, de l'urate de soude et des phosphates, s'articulent les uns avec les autres par des facettes aplaties. L. GALLIARD.

II. — Dans le cas dont il s'agit, le malade n'avait que quinze ans, et la maladie datait de 8 années. Le calcul, bien que volumineux, du poids de 30 grammes, ovoïde, allongé, mesurant 4 centimètres 1/2 de diamètre sur 2 1/2, n'avait point mis obstacle à la miction. La vessie se vidait bien, la cystite n'apparut que 6 semaines avant l'intervention. Toutefois les envies d'uriner fréquentes et impérieuses étaient tellement pressantes que le malade souillait son lit et ses vêtements; le calcul fut enlevé par la taille périnéale.

Ce qui fut remarquable, c'est la rapidité de la guérison, qui fut complète au bout de 15 jours. L. JULLIEN.

III. — Un homme de 59 ans, ayant eu dans son enfance des coliques néphrétiques, qui se sont renouvelées plus fréquemment à partir de l'âge de 47 ans, est atteint d'un accès violent le 1er novembre 1883 avec douleurs à gauche. Il a trouvé dans l'urine, quelques jours avant, de fins débris calculeux. Le 10 décembre, il émet un calcul, puis les douleurs cessent. Le 14, il éprouve quelques douleurs à gauche et émet le soir de l'urine claire. A partir de ce moment, anurie durant dix jours.

Le 15 novembre, après un vomissement nocturne, le malade est dans un état normal. Pas de fièvre, pas de céphalée.

Le 20 novembre, on constate que la vessie est absolument vide. L'euphorie persiste. Pas de vomissement.

C'est le 23 seulement que l'agitation commence. Convulsions fréquentes des membres supérieurs, puis des inférieurs et contractions des muscles du dos. Mais il n'y a pas d'anxiété; la mort arrive le 24.

Autopsie. Le rein droit modérément tuméfié a perdu presque complètement sa substance médullaire; les calices et le bassinet dilatés contiennent du sable fin et plusieurs petits calculs. L'uretère présente à son origine un calcul gros comme une cerise qui oblitère complètement la lumière de ce conduit.

Le rein gauche offre des particularités analogues; le bassinet ne contient que du sable. L'uretère est bouché par une concrétion grosse comme un haricot, fixée à 5 centimètres de la vessie.

Les calculs sont constitués par des urates et des phosphates. L. GALLIARD.

IV. — Le malade, qui fait l'objet de cette curieuse observation, avait eu, à l'âge de 17 ans, une rupture traumatique de l'urètre avec lacération du périnée, et en avait gardé une fistule urinaire périnéale. Sept ans plus tard, en 1852, commencent à se montrer les premiers symptômes révélateurs d'une pierre dans la vessie. En 1872, poussé à bout par la douleur, le malade arrive à toucher son calcul par sa fistule périnéale, le fracture d'un coup de ciseau à froid, en détache et extrait un fragment pesant une once environ. Deux heures après, pendant que le patient se promène dans sa chambre en proie à de vives souffrances, la pierre s'échappe spontanément à travers la plaie périnéale, tombe à terre et s'y brise en 2 fragments. Elle pesait en tout 496 grammes, et mesurait 10 pouces 1/2 dans la grande circonférence, 8 pouces 1/2 dans la petite.— Guérison rapide sans incident. — Mort accidentelle en 1883.

A cette observation est jointe la photographie, en grandeur naturelle, du calcul, et le relevé des pierres les plus volumineuses déjà observées. A. CH.

I. — Ueber das primäre Blasencarcinone, par BORDE (*Archiv für Gynækologie, Band XXIV, Heft* 1).

II. — Bemerkungen ueber die Operationen intravesikaler Tumoren (Remarques sur les opérations de tumeurs intravésicales), par WITTELSHÖFER (*Wien. med. Woch., n°* 52, 1883).

III. — A case of fibrous polypous tumour of the bladder successfully removed, par BERKELEY HILL (*Medico-chir. Trans., LXV, p.* 45).

IV. — Exstirpation eines papillären Adenoms der Harnblase (Extirpation par le vagin d'un adénome papillaire de la vessie), par R. KALTENBACH (*Arch. f. klin. Chir., t. XXX, p.* 659).

I. — Sous le nom de cancer primitif de la vessie, l'auteur comprend des tumeurs qui prennent leur point de départ dans la vessie, dont la structure ressemble à celle des glandes épithéliales et dont les cellules sont pour la plus grande partie le produit de la prolifération de véritables cellules épithéliales : ces tumeurs ont une tendance à détruire les parois de la vessie et à former des métastases. Des faits qui ont déjà été publiés et des deux cas qu'il a observés, résulte pour l'auteur cette conclusion que, si le cancer primitif est très rare dans la vessie, comme toute espèce de tumeur en général, son existence toutefois ne saurait être contestée. La plus grande fréquence chez l'homme du cancer primitif de la vessie peut s'expliquer par le développement anormal d'éléments prostatiques siégeant dans les parois vésicales ; mais cette explication ne peut être appliquée à tous les cas et elle ne s'applique pas aux cancers développés chez la femme.

La fréquence du cancer primitif est établie par les chiffres suivants : à l'Institut pathologique de Berlin, de 1859 à 1868, il a été enregistré d'après Heilborn, 7 cas (3 femmes et 4 hommes) sur 4,774 autopsies; et de 1868 à 1881, 3 cas (2 hommes et 1 femme) sur 7,037 autopsies (Hasenclever).

La plupart des auteurs reconnaissent avec Winckel que la forme papillaire est la plus fréquente. C'est à cette forme qu'appartiennent les cas de Watson, Plozl et de Boston, le cas de Winckel et les deux de l'auteur. Des 10 cas recueillis par Heilborn, 5 présentaient cette forme. Il est à remarquer que le cancer primitif à forme papillaire est plus fréquent dans le sexe féminin. Dans un cas d'Heilborn et dans un cas de Müller, il s'agissait d'un myocarcinome. H. DE BRINON.

II. — Les tumeurs de la vessie doivent être divisées, au point de vue pratique, en deux catégories : les pédiculées et les sessiles; les premières sont faciles à opérer et ne récidivent pas, tandis que le pronostic des autres est beaucoup plus grave.

Dans tous les cas où l'exploration par l'urètre ne renseigne pas d'une façon suffisante, il est utile de pratiquer l'incision de la vessie d'après le conseil de Thompson : c'est à l'opération hâtive que les malades devront leur salut.

Voici un cas où Dittel regrette de n'avoir pas pratiqué la taille :

Le sujet est un médecin russe de 30 ans, qui a depuis plusieurs années des hématuries; il a employé sans succès la médication interne et les injections. On lui fait un grand nombre d'injections d'eau froide, et il quitte l'hôpital le 22 juillet 1881.

Il revient le 22 août 1882, et raconte que les hématuries se sont reproduites. Il urine du sang en grande abondance, et se trouve dans un état d'anémie extrême. Les injections lui causent de vives douleurs; celles qu'on fait avec la sonde d'Ultzmann sont cependant mieux supportées que les autres.

A plusieurs reprises, Dittel songe à une opération, car le diagnostic de tumeur vésicale a été posé, mais le sujet est si faible, si anémique que le chirurgien ne se décide pas à la faire.

Le malade vit jusqu'au 28 mars 1883.

Autopsie. Reins contenant plusieurs abcès; inflammation des uretères dilatés. La vessie dilatée, à parois rigides, est recouverte sur une grande partie de sa face interne (le fond et le sommet sont respectés) par une masse molle hérissée de fines papilles, épaisse d'un centimètre et qui ne paraît s'implanter que sur la muqueuse. La tunique musculaire est épaissie.

L'ouverture de la vessie aurait sinon guéri, du moins notablement soulagé le malade en lui évitant le ténesme vésical, les crampes douloureuses et les souffrances provoquées par les injections. L. GALLIARD.

III. — Femme de 40 ans, prise au commencement de janvier 1881 de symptômes de cystite, avec hématuries pendant près d'un mois. A partir de février le sang ne reparaît que par intermittence dans l'urine, mais la cystalgie persiste, entraînant le besoin d'uriner et l'insomnie. En avril, avortement de 3 mois qui fatigue la malade. En juin, élimination par l'urètre d'un volumineux caillot fibrineux qui soulage la malade; néanmoins, les mictions restent fréquentes et purulentes, en dépit d'une amélioration momentanée provoquée par des bains de mer chauds.

Vers cette époque, ayant consulté le Dr Penhall, celui-ci, après l'avoir chloroformée, dilata l'urètre et découvrit sur le plancher de la vessie une tumeur encroûtée de sels phosphatiques.

Au mois d'octobre, après avoir répété l'exploration et s'être assuré que la tumeur était pédiculée, on introduisit, par l'urètre dilatée, l'anse d'un écraseur et l'on enleva la tumeur presque sans hémorragie. Deux jours après l'opération, l'urine redevint acide, et huit jours après la malade n'avait plus d'incontinence vésical. Au bout d'un mois la guérison était complète.

Le polype, examiné au microscope, fut reconnu pour un fibrome, variété rare, d'un pronostic bénin. H. R.

IV. — Une femme de 44 ans, atteinte depuis 2 ans de violentes hématuries et de douleurs vésicales, se présenta à l'auteur qui, après dilatation de l'urètre, reconnut par l'exploration digitale une tumeur de la paroi antérieure de la vessie. Cette tumeur avait le volume d'une noix et présentait au toucher une apparence villeuse; elle était demi-molle, friable et adhérait à la paroi par un pédicule de la largeur d'une pièce de 2 francs. La paroi vésicale ne semblait pas complètement traversée par la tumeur. Kaltenbach fit alors sur la paroi vésico-vaginale une boutonnière médiane de 3 cent. 1/2 de longueur et essaya d'attirer, avec des pinces et des érignes, la tumeur dans cette ouverture; il n'y réussit qu'en saisissant la paroi antérieure de la vessie elle-même, parce que le tissu du néoplasme cédait sous la pince. La paroi vésicale inversée, il passa plusieurs fils de soie sous la base de la tumeur, les noua profondément et excisa toute la masse avec le bistouri, les ciseaux et le thermo-cautère. La fistule vésico-vaginale fut fermée par 8 sutures métalliques. Au bout de 36 heures, les urines étaient limpides, au bout de 14 jours le pédicule lié s'éli-

mina avec les fils par l'urètre; au 16ᵉ jour les sutures furent enlevées. La fistule vésico-vaginale avait guéri par première intention. L'examen histologique de la tumeur, pratiqué par Bostrom, montra qu'il s'agissait d'un adénome papillaire développé aux dépens des follicules de la muqueuse.

Des opérations analogues avaient déjà été faites par Schatz et par Norton; Simon même avait extirpé un papillome de la paroi antérieure de la vessie, mais en passant à travers une large fistule vésico-vaginale d'origine puerpérale. L'incision en T conseillée par ce chirurgien, serait indiquée dans les tumeurs à large base d'implantation; dans la plupart des cas cependant la boutonnière médiane est suffisante. DE SANTI.

On exfoliating cystitis, par Jamieson HURRY (*Edinb. med. journ.*, p. 1000, *mai* 1884).

Une femme de 34 ans, enceinte de 4 mois, se présente à l'hôpital, souffrant de gêne dans la miction depuis trois semaines. Depuis neuf jours, elle est obligée de recourir au cathétérisme pour vider sa vessie.

A son entrée, on constate que le bas-ventre est tendu, résistant, douloureux, mat à la percussion; au toucher, on sent difficilement le col de l'utérus. Derrière lui, on sent une tuméfaction considérable gagnant jusqu'au périnée. Diagnostic : rétroversion de l'utérus gravide. On place la femme dans la position génupectorale, et on lui introduit un pessaire à air pour redresser l'utérus. Deux jours après, on constate que l'organe a repris sa position normale.

Mais, en même temps, les douleurs de vessie, les besoins de vomir fréquemment continuent : bientôt il s'y joint de l'incontinence complète d'urine, celle-ci est alcaline, louche, contenant un peu de sang et de pus, et de nombreux phosphates.

Le 19 janvier, 17 jours après son entrée, la malade expulse, après des douleurs atroces, par l'urètre une fausse membrane grisâtre, tout à fait semblable à une escarre gangrénée. La vessie est lavée à grande eau, et l'on voit apparaître une énorme fausse membrane, de 3 pouces 1/2 de long sur 2 1/2 de large.

Le lendemain, état général grave, nausées, pouls petit et fréquent, douleurs violentes. Une nouvelle escarre s'élimine spontanément par l'urètre.

21 janvier. Nouvelle expulsion de fausses membranes, à la suite de douleurs comparables à celles de l'accouchement. Urine plus abondante, sanglante; frisson : état général mauvais (irrigations vésicales avec une solution acidulée de quinine).

Huit jours après, l'état général étant meilleur, on procède à un examen approfondi de la région, et l'on constate que l'escarre gangréneuse éliminée n'est autre chose que la cloison urétro-vaginale. Par l'ouverture ainsi faite, le doigt peut facilement pénétrer dans la vessie, et il est aisé de sentir la muqueuse recouverte d'une couche épaisse de phosphates. On continue les lotions intra-vésicales avec une solution acidulée.

L'état général persistant à être mauvais, on pratique l'accouchement prématuré : à partir de ce moment, amélioration rapide et réparation de l'escarre urétrale. Sans avoir complètement retrouvé le libre fonctionnement de sa vessie, la malade n'est plus sujette à de l'incontinence d'urine. H. R.

Die Behandlung schwerer Blasenkatarrhe durch Blasenschnitt (Traitement des cystites graves par la taille), par HOROVITZ (*Wien. med. Woch.*, nᵒ 13, 1883).

Weir a réuni 47 observations de taille dans les cystites rebelles

(*R. S. M.*, *XVIII*, 239). Depuis ce travail, on en a publié onze nouveaux cas. Sur le total de 58 cas, il y a 30 guérisons. Pour ce qui concerne le manuel opératoire, il y a eu 30 fois taille latérale, 5 fois taille bilatérale, 10 fois taille médiane, 2 fois taille prérectale, 5 fois uréthrotomie externe.

Trois de ces observations appartiennent à Dittel. La première (suivie de mort) a été publiée à propos du traitement de l'hypertrophie de la prostate (1876). Voici les deux autres :

1° — Homme de 38 ans, atteint de rétrécissement de l'urètre depuis 1875, avec cystite consécutive. Il entre à l'hôpital le 7 décembre 1881.

Urine trouble, alcaline, contenant du pus. Le cathéter pénètre à grand peine dans la vessie, détermine des douleurs vives et il est impossible de pratiquer une injection sans provoquer des contractions violentes, très douloureuses. Aussi le traitement local est-il très difficile à appliquer d'une façon satisfaisante.

Le 4 février 1882, uréthrotomie externe dans la portion membraneuse. Le doigt pénètre dans la vessie sans y découvrir de corps étranger; on y introduit une sonde qu'on laisse à demeure. Lavages réguliers. L'urine devient plus claire, le ténesme vésical diminue ; au bout de trois semaines on enlève la sonde, la plaie se ferme. Le 25 mars, le malade part guéri.

2° — Garçon de 12 ans, atteint de cystite, il y a six mois, à la suite d'un refroidissement. Il entre le 9 novembre 1882. Il est pâle, faible, amaigri. Ténesme. Urine sale, trouble, ammoniacale, contenant des sels, du pus, des épithéliums.

Le cathétérisme est difficile et très douloureux.

Le 25 novembre, uréthrotomie externe. Le doigt, introduit dans la vessie, rencontre des masses membraneuses, fibrineuses, gangréneuses, qui remplissent l'organe. On y place une sonde en permanence. Injections deux fois par jour. Pansement à l'iodoforme. La fièvre, qui existait avant l'opération, cesse complètement. Guérison rapide.

Dittel conseille, comme Thompson, de se contenter de l'urétrotomie externe dans la partie membraneuse, qui doit suffire presque toujours ; si l'on craint qu'elle ne soit insuffisante, on a recours à la taille médiane. Après l'incision, il faut fixer dans la vessie le cathéter de Nélaton et faire des injections avec une solution d'acide borique, ou encore de nitrate d'argent, de sulfate de cuivre ou d'acide phénique, cela deux fois par jour. L. GALLIARD.

Traitement de l'infiltration d'urine, par Ed. GUILLAUME (*Thèse de Paris*, n. 55, 1884).

C'est le résumé de la pratique du professeur Guyon, déjà exposée dans différentes thèses de ses élèves et surtout dans ses leçons cliniques de l'hôpital Necker. En présence d'une infiltration d'urine urétrale, c'est-à-dire succédant ordinairement à la rupture du canal en arrière d'un rétrécissement, il faut immédiatement :

1° Par une incision large et profonde sur la ligne médiane du périnée, ouvrir le foyer primitif de l'infiltration, c'est-à-dire la loge périnéale inférieure, dont on sectionne l'aponévrose superficielle et dont le doigt brise ensuite les cloisons celluleuses.

2° Pratiquer les incisions libératrices et limitantes, nécessitées par l'étendue de l'infiltration, incisions ne comprenant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, et non l'aponévrose superficielle.

3° Panser les plaies antiseptiquement, avec la solution de chloral de préférence, pour éviter l'intoxication phéniquée : ne pas négliger un traitement général tonique et reconstituant.

4° Ne songer qu'après une période de repos assez longue (parfois plusieurs semaines) à agir sur la cause première de l'infiltration, c'est-à-dire le rétrécissement, et lever cet obstacle plutôt par l'urétrotomie interne que par la dilatation. R. JAMIN.

Étude sur la pneumaturie, par Ch. ALEM (*Thèse de Paris*, n° 51, 1884).

La pneumaturie est l'émission de gaz par l'urètre. Or, il est à remarquer que si des gaz et de l'urine sont accumulés dans la vessie, le liquide est expulsé le premier et les gaz ne sont chassés qu'à la fin, en produisant un bruit de sifflement tout à fait spécial. Ces derniers reconnaissent deux origines distinctes :

1° Ils ont pénétré dans la vessie par une communication anormale entre le tube digestif et l'appareil urinaire (fistule vésico-intestinale, urétro-rectale.....) ; dans ce cas, la pneumaturie est accompagnée d'autres symptômes, tels que le passage des matières fécales par l'urètre, l'écoulement de l'urine par le rectum, etc...

2° Ils sont nés spontanément dans le réservoir vésical sous l'influence de la fermentation de l'urine, et alors la pneumaturie existe seule. Cette fermentation s'observe surtout chez les diabétiques, comme l'a établi Guiard, d'où le nom de pneumaturie diabétique. R. JAMIN.

Considérations sur la taille hypogastrique : son manuel opératoire, son pansement, ses suites, par J. GIROU (d'Aurillac) (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 *août* 1884).

Même en dehors des conditions de dureté et de volume exceptionnels du calcul, la taille hypogastrique devrait être préférée à la lithotritie moderne dans certains cas. Celle-ci en effet nécessite une éducation pratique spéciale, tandis que la taille sus-pubienne peut être exécutée par tout praticien et avec les instruments de trousse ordinaires (bistouris, sonde d'argent, sonde cannelée et quelques pinces). L'auteur s'est toujours fort bien trouvé du ballonnement rectal, pour lequel d'ailleurs un simple pessaire-Gariel est suffisant. Par contre, il regarde comme inutile et même dangereux le drainage de la vessie soit par les deux tubes-siphons en caoutchouc rouge, soit par la sonde à demeure. La présence de ces corps étrangers aurait pour effet de retarder la guérison de la cystite calculeuse et la cicatrisation de la plaie hypogastrique. Lorsque, au contraire, cette plaie n'est rétrécie ni par une suture, ni par un tube, ni par un pansement compressif, mais qu'elle est laissée largement béante, elle assure un libre et suffisant écoulement à l'urine, qui n'a aucune tendance à s'infiltrer, ainsi qu'il ressort d'un cas observé par l'auteur chez un enfant. Dans ces conditions (sans tubes), la guérison de la plaie hypogastrique a lieu en quinze jours, au lieu de quarante jours en moyenne (avec drainage). R. JAMIN.

I. — Ueber Exstirpation der Harnblase, par GLUCK (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 23 *p.* 335, 6 *juin* 1881).

II. — Eine neue Methode der operativen Behandlung der Ektopia Vesicae mittlelst Exstirpation der Harnblase, par E. SONNENBURG (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n.* 30. *p.* 430, 25 *juillet* 1881).

III. — Vorstellung eines Falles von Exstirpation der Harnblase, par SONNENBURG et discussion (*Idem*, *n°* 23, *p.* 356, 5 *juin* 1882, *et n°* 24, *p.* 373, 12 *juin* 1882).

IV. — Ueber Operationen an der Harnblase besonders in Hinsicht auf die Exstirpation der Blase bei Ectopia vesicae mit Krankenvorstellung, par SONNENBURG (*Idem*, *n°* 30, *p.* 471, 24 *juillet* 1882).

V. — Zur Frage der Nachbehandlung der Ureteren nach Exstirpatio Vesicae, par Th. GLUCK et A. ZELLER (*Idem*, *n°* 44, *p.* 648, 31 *octobre* 1881).

VI. — Zwei Fälle von operativgeheilter Inversio Vesicae, par THIERSCH (*Idem*, *n°* 30, *p.* 471, 24 *juillet* 1882 *et n°* 24, *p.* 374, 12 *juin* 1882).

VII. — Suture de la vessie, par G. JULLIARD (*Revue médicale de la Suisse romande*, *III*, *p.* 27).

VIII. — Rupture of bladder (intraperitoneal) with fracture of pelvis; laparotomy and suture of bladder, death, par W.-T. BULL (*Med. News*, *p.* 550, 15 *novembre* 1884).

IX. — Hernie polypiforme de la vessie à travers l'urètre chez une femme : excision de la tumeur au-dessous d'une ligature ; guérison, par A. MALHERBE (de Nantes). (*Ann. des maladies des org. génit. urin.*, *décembre* 1884).

I. — Gluck a présenté deux chiens vivants auxquels il avait pratiqué l'extirpation extra-péritonéale de la vessie.

Les animaux ont toujours survécu à cette opération quand les uretères étaient suturés, soit à la paroi abdominale, soit à l'urètre. Au contraire, lorsque les uretères se sont soudés aux parois du rectum, il est survenu de l'infiltration d'urine et un épanchement de matières fécales dans l'abdomen, et l'animal a succombé.

Gluck conclut de ses expériences à la possibilité d'extirper la vessie chez l'homme en cas d'affections incurables graves.

II, III, IV. — Sur un garçon de 9 ans atteint d'exstrophie vésicale, chez lequel la saillie de la paroi postérieure était trop considérale pour permettre de recourir au procédé d'anaplastie de Thiersch (*R. S. M.*, VIII, 307), Sonnenburg, encouragé par les résultats des expériences de Gluck et Zeller, s'est décidé à extirper la vessie, en suturant les uretères dans la gouttière formée par le rudiment du pénis.

Cette opération, faite pour la première fois sur l'homme, a parfaitement réussi. Sonnenburg a refermé la solution de continuité en faisant glisser de chaque côté les téguments abdominaux. L'opéré a été dès lors maintenu en permanence dans un bain. Au bout de deux mois et demi, il possédait une cicatrice souple et capable de supporter les appareils.

Chez deux autres enfants, âgés de 3 ou 4 semaines, Sonnenburg a également excisé la vessie, mais en laissant les uretères en place.

Sonnenburg n'hésite pas à recommander son opération qui guérit plus rapidement les malades que les opérations d'anaplastie.

Dans la discussion, *Bardeleben* s'élève contre la manière de voir de

Sonnenburg. En enlevant la vessie, on ne met pas les malades dans de meilleures conditions que ceux chez lesquels on se borne à des soins de propreté. D'autre part, on leur ôte la possibilité de profiter des améliorations dont seront susceptibles les procédés anaplastiques.

V. — Que faire des uretères, une fois la vessie extirpée? Chez les chiens, le résultat le meilleur a consisté à les fixer dans la paroi abdominale. Mais, chez l'homme, le procédé a de graves inconvénients cosmétiques.

Après de nouvelles expériences sur des cadavres humains, Th. Gluck et A. Zeller recommandent le manuel opératoire suivant :

La vessie ayant été extirpée extra-péritonéalement, on fait une urétrotomie externe. Avec une pince, on va saisir les uretères et on les attire au niveau de la plaie urétrale où on les suture.

Puis on désinfecte le petit bassin et l'on referme la plaie abdominale.

En agissant ainsi, on a une opération aisée, n'exposant nullement à l'infiltration urineuse.

Il est facile de remédier par la prothèse à l'écoulement de l'urine par la plaie d'urétrotomie.

VI.— Thiersch est loin de considérer comme un progrès l'opération de Sonnenburg.

Chez une fillette de 7 ans, qui, outre l'exstrophie vésicale et l'absence de symphyse, offrait une bifidité du clitoris, une absence du vagin et un utérus bicorne, Thiersch, une fois la nouvelle vessie faite, l'a mise en communication avec le rectum au moyen d'un entérotome de Sanson.

Cette enfant, opérée il y a six mois, retient ses urines pendant 3 heures.

Dans la discussion du 11e congrès de la Société allemande de chirurgie, *Billroth* tout en reconnaissant le résultat actuellement favorable obtenu par Thiersch, se demande si le passage des urines par l'intestin n'amènera pas leur décomposition et des rectites.

Billroth n'a vu qu'une personne affectée d'exstrophie vésicale atteindre l'âge de 43 ans. Selon lui, la mort prématurée et l'insuccès de toute opération dans cette infirmité, s'expliquent par le développement plus ou moins rapide d'une pyélite, causée vraisemblablement par la déviation angulaire des uretères. En effet, aucune opération ne peut s'opposer à l'action des intestins, qui pressent sur la paroi vésicale postérieure.

Chez un de ses opérés, Billroth a constaté en outre de nombreux calculs phosphatiques dans la vessie nouvelle.

Depuis 1867, Thiersch a traité 20 cas d'exstrophie vésicale dont 16 ont guéri. Des 4 morts, 2 sont dues à une péritonite, 1 à un érysipèle et la dernière à la pyélite préexistante. Sur les causes de cette pyélite, Thiersch est en désaccord avec Billroth, car, pour lui, la dilatation des uretères et du bassinet remonte à la vie intra-utérine.

Deux fois seulement, il a trouvé des formations calculeuses chez ses opérés ; dans l'un des cas, les calculs s'expliquaient par la configuration anfractueuse du nouvel organe ; dans l'autre, par un développement de poils sur un lambeau transplanté trop tardivement.

Parmi ses 3 opérations fructueuses, *Langenbuch* compte un vieillard de 75 ans (*R. S. M.*, II, 244 et 353 ; V, 672 et 673 ; VII, 317 ; X, 272 et 627 ; XIII, 469 ; XV, 682 ; XXI, 701 et XXIII, 344).

VII. — Femme de 40 ans, ayant un kyste de l'ovaire pour lequel Julliard

lui pratiqua l'ovariotomie; la tumeur, énorme, adhérait de toutes parts. En séparant ces adhérences avec les doigts, la paroi postérieure de la vessie se fendit en travers sur toute sa largeur, soit sur une longueur d'au moins 12 centimètres. Bien que la cavité de l'organe fût béante, il n'y eut pas d'épanchement d'urine, grâce à la présence de la sonde. Aucune hémorragie. Suture de Lembert, au moyen de 15 fils de catgut ne comprenant pas la muqueuse vésicale. Les suites furent des plus simples; la température ne dépassa jamais 38°. Durant les deux premiers jours, urines sanguinolentes; le 5e jour elles étaient redevenues normales sans avoir jamais été purulentes. Le 6e jour, enlèvement de la sonde à demeure. Le 10e jour, première miction spontanée. Les besoins d'uriner furent fréquents jusqu'à la 3e semaine.

6 mois plus tard, cette femme ayant succombé à un cancer du foie, Julliard put faire son autopsie. La cicatrice de la suture vésicale formait une ligne d'un blanc nacré : pas de trace des fils de catgut. En revanche, un des fils de soie qui avaient servi à lier le pédicule du kyste était encore visible.

La suture de la vessie n'a encore été exécutée que deux fois chez l'homme pour des ruptures accidentelles, par Willett d'abord (*R. S. M.*, X, 672) et ensuite par Heath (*Medic. Times and Gazette*, 15 mars 1879). Les 2 opérés succombèrent et leur autopsie montra que les sutures n'avaient pas tenu et avaient laissé l'urine s'écouler dans la cavité péritonéale.

J. B.

VIII. — Un homme de 46 ans tombe d'une hauteur de 16 pieds, il est apporté à l'hôpital sans connaissance On constate des plaies contuses de la tempe, une fracture du radius gauche et une fracture du bassin. La sonde retire de l'urine sanglante. Les accidents consécutifs ne laissèrent pas de doute sur l'existence d'une rupture de la vessie, et Bull pratiqua la laparotomie. On trouva dans le tissu sous-péritonéal une assez grande quantité de sang extravasé; dans la cavité péritonéale il y avait plusieurs onces de liquide, probablement de l'urine. Les intestins furent rejetés, enveloppés de linges chauds, sur le ventre et l'on procéda à l'examen de la vessie. Il existait une ouverture de trois quarts de pouce à la paroi postérieure. La suture fut faite au moyen de sept fils de soie phéniquée, la plaie abdominale refermée en laissant un drain dans l'angle de la plaie. Une sonde à demeure fut placée dans l'urètre. Le malade mourut sept heures après l'opération et, à l'autopsie, on constata que les deux points de suture les plus inférieurs laissaient passer un peu de liquide.

A. C.

IX. — Femme de 30 ans, à bassin rétréci, ayant déjà eu deux accouchements très laborieux qui ont nécessité l'emploi du forceps. Depuis le dernier, remontant à quelques mois, elle a des mictions douloureuses et difficiles et elle ne vide sa vessie que très incomplètement. En outre, depuis lors, elle a vu apparaître entre les lèvres du méat urinaire une petite tumeur rosée, et non rouge comme les polypes, molle et du volume du petit doigt. Cette tumeur s'attire facilement au dehors et tient manifestement à la paroi inférieure de l'urètre à laquelle elle adhère par un large pédicule; cependant, à mesure qu'on l'attire, elle se pédiculise de plus en plus. Elle se réduit à demi, mais non complètement. Le diagnostic *cystocèle urétrale* ayant été posé, sur la demande de la malade, la tumeur est solidement liée le plus haut possible et retranchée d'un coup de ciseaux. Guérison rapide et complète sans incontinence d'urine.

L'examen histologique a montré que tous les éléments de la paroi vésicale se rencontraient dans cette hernie de la vessie par l'urètre. Néanmoins, l'adhésion des tissus sectionnés a été prompte et parfaite.

C'est un des rares cas de cystocèle urétrale qui existe dans la science.

R. JAMIN.

Lithotrity under cocaine, par Robert F. WEIR (*Med. News*, p. 332, 21 mars 1884).

Chez un homme de 72 ans, atteint de lésion cardiaque qui ne permettait pas l'anesthésie, l'auteur a eu recours à la cocaïne pour pratiquer la lithotritie. Deux séances avaient été faites antérieurement, au prix des plus vives douleurs. On injecta dans la vessie, préalablement lavée à l'eau chaude, 3 drachmes d'une solution à 4 0/0 qu'on laissa 15 minutes. On injecta alors dans la vessie de l'eau en quantité suffisante pour permettre les manœuvres. Sauf le passage de l'urètre un peu douloureux, l'opération (qui dura 8 à 10 minutes) fut très aisée et le malade n'éprouva que fort peu de gêne. A. C.

Die Anwendung der Massage bei der Erweiterung der kallösen Striktur der Harnröhre (L'emploi du massage dans la dilatation des rétrécissements de l'urètre), par Géza von ANTAL (*Centralbl. f. Chir.* nº 23, p. 369, 1884).

L'auteur prétend que, dans les rétrécissements calleux provoqués par la blennorrhée chronique, les difficultés de la pénétration et de la dilatation du canal sont dues, non pas à la réduction de la lumière de l'urètre, mais à des néoplasies conjonctives et à des infiltrations annulaires péri-urétrales. Convaincu d'autre part de l'efficacité du massage pour la résorption rapide des exsudats plastiques, il a essayé le massage externe des rétrécissements par séances de 8 à 10 minutes de durée. Ce massage, très facile à pratiquer dans la région caverneuse, est plus difficile dans les régions membraneuse et prostatique; mais on peut, dans ce dernier cas, le pratiquer par la voie rectale.

Six observations citées à l'appui tendent à démontrer que le massage externe facilite la pénétration et la dilatation par les bougies des rétrécissements urétraux. L'auteur admet même qu'il diminue la fréquence des récidives. DE SANTI.

Sur une observation de kyste hydatique de la prostate, par MILLET, rapport par NICAISE (*Bull. Soc. chir.*, p. 551, 1884).

Dans le cas de Millet, le kyste qui avait occasionné une rétention d'urine fut crevé par la sonde et 700 grammes d'un liquide clair, renfermant des échinocoques, s'écoulèrent par le pavillon; une perforation se fit aussi par le rectum. Les accidents durèrent 5 à 6 semaines, enfin le malade se rétablit.

Nicaise a rassemblé 33 cas de kystes hydatiques développés dans la région prostatique et, tout en faisant des réserves sur le diagnostic du siège intra-prostatique fort contestables dans presque tous les cas, formule ainsi les conclusions générales qui ressortent de la comparaison des faits :

Les kystes hydatiques du bassin, dont les symptômes propres sont presque négatifs, manifestent leur présence en agissant mécaniquement sur les organes voisins. Ils peuvent amener de la gêne dans la défécation et de la rétention d'urine. Celle-ci est très fréquente et a été observée dans un grand nombre de faits; la compression porte, soit sur la portion prostatique de l'urètre, soit sur le col de la vessie, soit sur des uretères.

Le kyste hydatique a pu être la cause de la mort par les troubles de la miction dont il était la cause. Sur les 33 faits recueillis, il y a 9 guérisons;

11 fois les malades ont succombé à la rétention d'urine ou à ses suites; dans les 13 autres cas, la mort est survenue en dehors de complications urinaires et les kystes n'ont été reconnus qu'à l'autopsie.

Dans un bon nombre de faits, le chirurgien n'a cherché à combattre que la rétention d'urine, ne soupçonnant probablement pas sa cause; alors on fit la ponction de la vessie [2 fois par le rectum, 1 fois par le périnée (White)].

Dans 6 cas seulement, il est noté que le chirurgien intervint directement contre le kyste. Hutchinson, Périer, Mallez firent une ponction du kyste, le malade d'Hutchinson mourut, les autres guérirent.

Bryant guérit un malade en faisant une ponction et une incision par le rectum; M. Tillaux eut un succès en incisant le kyste par le rectum. Chez un malade de Dolbeau, le kyste faisait saillie sur le côté de la marge de l'anus; il l'incisa en ce point, et après une série de complications graves, le malade guérit. En résumé, sur 6 cas dans lesquels le kyste a été traité chirurgicalement, il y eut un décès. JULLIEN.

Ueber Obliteration und Erweiterung der Ausführungsgänge der Cowper'schen Drüsen (Oblitération et dilatation des canaux excréteurs des glandes de Cowper), par ENGLISCH (*Wien. med. Jahrb, Heft II, p.* 289, 1883).

L'auteur a observé la dilatation kystique des canaux excréteurs des deux glandes de Cowper sur le cadavre d'un homme de 37 ans. En incisant la paroi inférieure de l'urètre il trouva deux cavités allongées, séparées l'une de l'autre par une mince cloison médiane, commençant à 8 millimètres de l'aponévrose périnéale et faisant peu de saillie du côté de la muqueuse mais déprimant le corps spongieux. Leur diamètre transversal atteignait 21 millimètres, l'épaisseur des parois 2 à 3 millimètres. Les deux kystes étaient absolument clos en avant, mais leur extrémité postérieure effilée se continuait avec de minces canalicules dans lesquels le plus fin cathéter se trouvait arrêté, mais qui paraissaient dépendre des glandes de Cowper. Celles-ci occupaient leur place normale et n'avaient pas subi de modification. Du reste, pas d'autre anomalie des organes génito-urinaires.

Il s'agit bien là de cavités développées aux dépens de deux canaux excréteurs, car leurs parois sont lisses, elles sont nettement séparées des tissus environnants, et surtout elles sont tapissées d'un épithélium; il est vrai que les cellules épithéliales sont aplaties, mais c'est peut-être le résultat de la compression qu'exerçait le liquide accumulé sur les cellules cylindriques des canaux excréteurs.

L'auteur ayant cherché inutilement la cause de ces productions, admet, dans ce cas, une oblitération congénitale des canaux glandulaires. Il a trouvé, en effet, chez quatre nouveau-nés, des kystes de la même nature, développés aux dépens de la partie antérieure des canaux de Cowper, reposant sur le corps spongieux et faisant saillie sous la muqueuse urétrale. Ces kystes, remplis d'un liquide clair et formés d'une membrane transparente, avaient de 3 à 15 millimètres de longueur; ils existaient soit au niveau du bulbe, soit plus en avant, et l'on retrouvait à une petite distance en arrière les glandes de Cowper, sans pouvoir, il est vrai,

pratiquer le cathétérisme de la partie normale de leurs conduits. Leurs parois étaient tapissées de cellules épithéliales. La saillie qu'ils formaient dans l'urètre n'avait pas provoqué de rétrodilatation.

Il est difficile de trouver la cause de l'oblitération des canaux excréteurs de Cowper dans ces conditions. Les kystes qui en résultent peuvent demeurer inconnus pendant toute la vie. C'est seulement dans les cas où ils deviennent le siège de phénomènes irritatifs qu'on en peut soupçonner l'existence; ils exposent alors les malades aux fistules urinaires. En général, ils restent petits et échappent à l'observateur; aussi ne doit-on se préoccuper de leur traitement chirurgical que s'ils viennent à s'hypertrophier et surtout à suppurer. L. GALLIARD.

Ueber Entzündung der Cowper'schen Drüsen (De l'inflammation des glandes de Cowper), par ENGLISCH (*Wien. med. Presse, n° 29 et suiv.*, 1883).

Monographie complète dont nous extrayons les parties originales :

La cause habituelle de l'inflammation des glandes de Cowper est l'uréthrite sous ses diverses formes. Voici cependant un cas où le chirurgien a dû invoquer comme cause un effort violent, car le sujet était guéri depuis trois ans d'une blennorragie avec adénite inguinale.

Il s'agit d'un boulanger de 30 ans qui, le 27 avril, portant une lourde corbeille, glisse et se renverse en arrière ; à ce moment il éprouve une violente douleur au testicule gauche. Cette douleur persiste deux jours, et, le 29 avril, le malade, urinant avec difficulté, s'aperçoit de l'existence d'une tumeur au périnée, à gauche de la ligne médiane. L'abcès qui en résulte et qui doit être considéré comme dépendant de la glande de Cowper, est incisé le 4 mai. Or l'urètre ne fournit aucune sécrétion et on peut pratiquer le cathétérisme avec une sonde de 8 millimètres. On apprend seulement que le sujet a été atteint, il y a trois ans, de blennorragie avec bubon inguinal, mais que ces accidents ont guéri sans laisser de traces.

Cette maladie peut être en relation avec la tuberculose, et survenir chez des sujets prédisposés par l'hérédité ou condamnés à l'invasion ultérieure des tubercules, même sans que ces sujets présentent la moindre altération préalable des voies urinaires. Ou bien on voit survenir un léger écoulement qui attire d'abord l'attention, mais persiste longtemps et se complique enfin de cowpérite; or un jour on découvre la tuberculose pulmonaire.

L'auteur a vu aussi l'inflammation de la glande de Cowper survenir chez un sujet affecté de tuberculose pulmonaire avancée et de tuberculose osseuse, sans désordre urétral prémonitoire. Dans ce cas la tumeur disparut sous l'influence des émollients ; elle ne fut pas incisée.

Après l'ouverture des abcès au périnée, persistent parfois des fistules difficiles à guérir. L. GALLIARD.

De la paralysie vésicale consécutive à l'acide phénique en pansements, par A. CARTAZ (*Gaz. méd. de Paris, n° 42, 18 octobre* 1884).

Parmi les différents accidents que l'on peut attribuer à l'acide phénique employé en pansements, les intoxications ont été plus d'une fois notées avec des caractères d'évidence qui ne peuvent être mis en doute : à ces intoxications se rattache un phénomène rare, la paralysie vésicale, que M. Cartaz a observée dans les deux circonstances suivantes :

1° Une femme, déjà mère de quatre enfants, est prise d'une perte abondante, suite d'un avortement de deux mois environ. L'hémorragie est facilement arrêtée ; mais six jours après, la malade est prise d'accidents de septicémie dus à la rétention d'un fragment placentaire. On pratique, après l'ablation de ce débris, des injections intra-utérines d'une solution phéniquée à 2 0/0. Quatre fois dans la journée on répète ces injections.

Le troisième jour à partir de l'emploi des injections phéniquées, on constate une rétention d'urine ; le cathétérisme retire 400 grammes d'une urine noire, foncée. Tout accident de septicémie a disparu. Ces phénomènes paraissant se rattacher à une intoxication phéniquée, on remplace la solution ordinaire par une solution de sublimé à 1 p. 2,000 et l'on donne quelques excitants.

Pendant 48 heures on pratique encore le cathétérisme et l'on retire une urine de coloration de moins en moins foncée ; au neuvième jour, six jours après le début des accidents septiques, la malade urine seule, sans douleur ; et la convalescence s'établit complètement.

2° Femme de 86 ans. Se fracture le col du fémur le 18 janvier 1884 : gouttière de Bonnet. Le 1er février escarre de la région sacrée, que l'on panse pendant 15 jours avec une solution phéniquée à 5 0/0. Le 15 février, rétention d'urine : cathétérisme, urine brun foncé, sans odeur. Pendant deux jours, persistance de la paralysie vésicale. Suppression de la solution phéniquée, remplacée par de la vaseline boriquée. Aucune altération de la sensibilité des membres.

Dès le lendemain, la paralysie vésicale commence à disparaître. Trois semaines après, mort par épuisement dû à l'accroissement des escarres.
A ces deux observations, M. Cartaz ajoute le résumé de deux autres, publiées par Nieden et Napier, qui ont observé la rétention d'urine à la suite de l'ingestion d'une solution phéniquée. Ce sont les deux seuls cas, ayant quelque rapport avec les siens, que ses recherches bibliographiques lui ont fait découvrir.

Après quelques mots de pathogénie sur la paralysie vésicale, l'auteur montre que dans l'espèce on ne peut attribuer cette paralysie à aucune des causes ordinaires, et insistant sur sa disparition rapide après la suppression du pansement phéniqué, croit devoir en conclure que seul le médicament a été l'agent coupable. OZENNE.

Rapide Wucherung und Ausbreitung eines Mammacarcinoms nach zwei schweren Erysipelaufällen von 15 — resp 10 tägiger Dauer (Accroissement et extension rapide d'un cancer du sein à la suite de deux graves attaques d'érysipèle de 15 et 10 jours de durée), par F. NEELSEN (*Centralbl. f. Chir.*, n° 44, *p.* 729, 1884).

En réponse au travail de Janicke et Neisser (Voy. *R. S. M.*, XXIV, 426), Neelsen publie un fait qui ne semble pas d'accord avec la théorie des auteurs précédents.

Une femme de 41 ans, très chargée d'embonpoint, mais vigoureuse, portait une tumeur à chaque sein ; à droite, la tumeur était petite et les ganglions axillaires n'étaient pas envahis ; à gauche, la tumeur avait le volume du poing, adhérait intimement à l'aponévrose pectorale et à la peau, et présentait des points fluctuants ; les ganglions axillaires de ce côté avaient le volume d'œufs

de pigeon. En raison de l'obésité de la malade on ne voulut pas risquer les deux opérations en même temps; c'est pourquoi, le 17 janvier, on fit l'amputation du sein gauche et le curage de l'aisselle. La réunion immédiate échoua, mais la suppuration s'établit franchement et la plaie était presque guérie quand, le 16 février, trente jours après l'opération, la malade fut prise d'un frisson violent avec température = 40°,2. Erysipèle grave, de quinze jours de durée, qui envahit successivement la plaie, le sein droit et la région du dos; le 20 février on constatait un épanchement pleurétique à droite, qu'il fallait ponctionner le 24; le 28 on ouvrait un phlegmon rétro-mammaire au niveau du bord inférieur du pectoral droit (le pus de cet abcès ne contenait pas de microbes); enfin, le 3 mars, l'érysipèle disparaissait, laissant une plaie fistuleuse à la place de l'incision du phlegmon et un sphacèle limité de la peau du sein droit. « La tumeur du sein droit parut, après l'érysipèle, un peu atrophiée. »

A partir de ce moment, amélioration sensible jusqu'au 25 mars, époque à laquelle survint une nouvelle poussée d'érysipèle de dix jours de durée. L'érysipèle partit du sein droit et s'étendit à toute la moitié droite du thorax et à l'épaule; il disparut le 4 avril, mais les forces de la malade étaient épuisées; elle succomba le 8 avril dans le marasme.

L'autopsie fit voir, outre une dégénérescence graisseuse complète du cœur et un épanchement séro-purulent enkysté de la plèvre droite, un envahissement complet de la mamelle par le néoplasme. Le sein est régulièrement hypertrophié et induré; les muscles thoraciques sont infiltrés de noyaux cancéreux dont les prolongements arrivent jusqu'à la plèvre costale; la peau est également soudée à la tumeur par un grand nombre de tractus néoplasiques; les ganglions axillaires sont volumineux, durs et infiltrés de tissu morbide.

L'examen histologique montre dans la tumeur du sein gauche la structure d'un épithélioma glandulaire à grandes alvéoles, sans aucune déviation du type normal. La tumeur du sein droit offre, sur quelques points, la même structure, mais sur d'autres points on retrouve les modifications décrites par Neisser, à savoir : la dégénérescence graisseuse et la nécrose du contenu des alvéoles, l'absence de coloration des cellules cancéreuses par l'aniline et l'hématoxyline, et la transformation kystique des alvéoles. Toutefois ces espaces kystiques ne sont pas béants; ils sont déformés par pression, grâce à l'énorme développement du tissu interstitiel. Le tissu interstitiel est en effet le siège d'une infiltration de jeunes cellules fortement colorées qui s'insinuent entre les faisceaux fibrillaires et même entre les fibrilles de chaque faisceau; elles sont mélangées à quelques leucocytes, mais, en raison de leurs caractères spéciaux, il est facile de les reconnaître pour de jeunes cellules épithéliales. Cette jeune infiltration cancéreuse s'étend dans toutes les parties de la tumeur et en dépasse de beaucoup les limites; on la retrouve dans les cloisons cellulaires des muscles sous-jacents, dans la peau, etc.; quelques micrococci peu nombreux dans la peau de l'aisselle.

L'auteur en conclut que la première poussée d'érysipèle a atrophié la tumeur du sein droit, mais que la seconde poussée a, au contraire, déterminé une production abondante de jeune cancer dans le stroma même de la tumeur atrophiée et dans tout le voisinage. Si la malade eût succombé à son premier érysipèle, on eût pu croire justifiée l'opinion de Neisser; l'évolution ultérieure a démontré une conclusion inverse, car la destruction cellulaire produite par le premier érysipèle n'a eu d'autre résultat que de diminuer la pression réciproque des éléments cancéreux épargnés qui, alors, ont proliféré avec activité et ont trouvé, dans les espaces lymphatiques dilatés par l'œdème inflammatoire, un terrain favorable pour leur propagation.

L'auteur admet l'hypothèse que le virus érysipélateux n'attaque que les vieilles cellules épithéliales et respecte les jeunes. « Le premier érysipèle, dit-il, a nettoyé le terrain pour un développement rapide du cancer et le second n'a apporté aucun obstacle à ce développement. »

DE SANTI.

Ueber Gallertkrebs der Brustdrüse (Sur le cancer colloïde du sein), par M. SIMMONDS (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 74).

L'auteur cite deux nouveaux cas de cancer colloïde du sein, l'un chez une femme de 43 ans et qui met plus de 16 ans à évoluer, l'autre chez une femme de 73 ans qui avait observé les symptômes de l'affection 11 ans auparavant. L'auteur s'élève contre l'opinion généralement reçue qu'avec l'intestin le sein est le siège de prédilection de cette forme de cancer. Sur 1,200 cas de cancer de la mamelle, 4 seulement étaient des cancers colloïdes. De ses observations personnelles et de celles d'autres auteurs, il conclut que le cancer colloïde du sein augmente plus lentement que les autres cancers; qu'il envahit plus rarement les ganglions axillaires; que les métastases sont plus tardives; qu'opéré, il récidive plus rarement; en un mot, que son pronostic est plus favorable.

EDELMANN.

Ein Beitrag zur Lehre von Kopftetanus (Du tétanos de la tête), par M. BERNHARDT (*Zeitsch. f. klin. Med., Band VII, p.* 410).

Bernhardt rapporte une observation du tétanos qui a été décrit par Rose sous le nom de tétanos de la tête ou de tétanos hydrophobique. Cette maladie produite par une blessure intéressant une des parties innervées par les nerfs crâniens détermine habituellement un spasme des muscles de la déglutition rappelant le spasme hydrophobique. Dans l'observation de Bernhardt comme dans celles de Rose, il y eut une paralysie faciale correspondant au côté de la blessure. Cette paralysie faciale est un des symptômes les plus caractéristiques de la maladie.

L'auteur rapporte brièvement les observations du même genre publiées jusqu'à ce jour. Elles sont au nombre de sept. M. DEBOVE.

Anévrisme poplité, extirpation par POLLOSSON (*Lyon méd., p.* 85, 18 *janvier* 1885).

L'auteur a pratiqué avec succès l'ablation d'un sac anévrismal poplité, sans ouverture préalable, comme dans le procédé d'Antyllus, après avoir lié successivement l'artère au-dessus et au-dessous de la tumeur. Emploi de la bande d'Esmarch et pansement antiseptique consécutif.

Ollier et Gayet disent avoir enlevé de tout petits anévrismes palmaires ou pédieux. D. Mollière a extirpé par ce même procédé six anévrismes de volume moyen. A. C.

Goitre sarcomateux énorme de la glande thyroïde; extirpation; récidive trois ans aprés; nouvelle extirpation et guérison, par Eug. BŒCKEL (*Gaz. des Hôpit., n°* 138, 29 *novembre* 1884.

Ce fait concerne une femme de 48 ans, qui portait un goitre depuis l'âge

de 10 ans. A plusieurs reprises, cette tumeur avait augmenté de volume en s'accompagnant de différents symptômes, qui avaient conduit les professeurs Schutzenberger et Brouardel à la considérer comme une espèce de goitre exophtalmique. En novembre 1880, à la suite de pressions, la tumeur s'accroît et on voit survenir des douleurs, de la difficulté dans la déglutition, de la faiblesse de la voix et quelque temps après de la fièvre et l'inflammation des téguments. En raison du volume de la tumeur, qui mesurait 14 et 18 centimètres dans ses plus grands diamètres, et qui gênait la déglutition et menaçait la respiration, et surtout en raison de la fièvre continue et des indices de suppuration intérieure, M. Bœckel pratique, en mars 1881, l'ablation de cette tumeur, dont l'examen histologique, fait par le Dr Recklinghausen, révèle la nature sarcomateuse. Un mois après l'opération, la guérison est complète et reste telle pendant trois années. Puis, en mai 1884, apparaît, au niveau de la cicatrice, une petite tumeur, qui est enlevée deux mois après et reconnue comme un sarcome à grandes cellules. Cette récidive s'était probablement développée aux dépens de quelques cellules du néoplasme, restées greffées sur un point de la plaie et d'autant plus épargnées qu'on avait obtenu la première guérison presque sans suppuration. OZENNE.

I. — Orteil à marteau, par Albert BLUM (*Arch. gén. de méd., novembre* 1884).

II. — Du pied bot transversal antérieur, par D. MOLLIÈRE (*Lyon méd* 22 *février* 1885).

I. — Sous le nom d'orteil à marteau, il faut comprendre une difformité caractérisée par l'extension de la première phalange sur le métacarpien correspondant, par la flexion de l'articulation de la première et de la seconde phalange, et quelquefois par l'extension de l'articulation suivante. Cette affection est congénitale, acquise ou simulée.

Dans l'orteil à marteau acquis, le mécanisme est ainsi expliqué par l'auteur, d'après les résultats fournis par l'anatomie pathologique. Le phénomène primitif est un durillon siégeant à la face dorsale de l'articulation de la première avec la seconde phalange, conséquence, chez un sujet prédisposé, de la contusion répétée et chronique due à une chaussure mal faite. Le travail irritatif s'étend à tous les tissus fibreux périarticulaires (capsule, ligaments), et détermine, au bout d'un temps plus ou moins long, la rétraction et le raccourcissement de ces tissus, phénomène analogue à ce qui se passe dans la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Au point de vue thérapeutique, on pourra essayer au préalable la section sous-cutanée des ligaments et tissu fibreux périarticulaires, avec immobilisation de l'articulation redressée. L'amputation sera la ressource dernière. P. M.

II. — L'auteur désigne ainsi la difformité connue sous le nom d'orteil en marteau. Ce n'est pas, en effet, dans les orteils que siège la maladie; la déformation des doigts n'est que la conséquence de la déformation du pied. La maladie siège dans l'avant-pied, et elle consiste dans un abaissement, vers la voûte plantaire, de la tête des métatarsiens. Cet abaissement résulte lui-même de la laxité exagérée des ligaments intermétatarsiens, laxité d'origine congénitale, mais qui peut disparaître ou s'amoindrir avec la croissance. Il est très facile de corriger la déformation au moyen d'une chaussure appropriée, portant au niveau des têtes des métatarsiens trop saillants, une sorte de coussin-ampoule qui les refoule à leur

place. M. Mollière a guéri, par ce moyen bien simple, plusieurs cas de pied bot transversal. A. C.

Note sur une variété d'exostose de l'humérus, par POULET (*Bulletin de la Soc. de chirurgie*, *p.* 467, 1883).

L'auteur a recueilli 6 cas d'exostose de l'humérus. La petite tumeur est située vers la partie inférieure de l'os, sur son côté interne, et fait saillie comme une épine d'acacia la pointe en bas, à 6 ou 8 centimètres de l'articulation du coude. Dans un cas opéré par l'auteur, il y avait soulèvement du nerf médian et paralysie dans la zone correspondante; il fallut en débarrasser le patient avec la gouge et le maillet. Sur un autre sujet rencontré à l'amphithéâtre, le nerf était soulevé comme une corde de violon sur le chevalet, et l'artère oblitérée; une autre fois la même exostose fut trouvée sur le cadavre d'un jeune soldat, mais le paquet vasculo-nerveux était indemne. Il en est de même chez un collègue de l'auteur qui lui fit sentir sur son propre humérus une exostose située un peu plus bas mais toujours sur la même ligne.

Enfin le musée du Val-de-Grâce contient 2 cas semblables.

Il y a là donc à n'en pas douter un lieu d'élection sur ce point osseux. Poulet n'y connaissant aucune apophyse normale, aucune saillie dont l'exagération puisse conduire à l'exostose, propose l'explication suivante : En disséquant attentivement cette région on trouve qu'il existe en ce point une sorte de ligne âpre qui donne insertion à des fibres tendineuses nacrées du brachial antérieur; elles sont distinctes de l'aponévrose intermusculaire et correspondent exactement aux vaisseaux et nerf médian. Il pense que l'exostose se développe au point d'insertion de cette aponévrose constituée par de véritables fibres tendineuses aplaties.

JULLIEN.

Zwei Fälle von osteoplasticher Resektion des Fusses, par MIKULICZ (*Wien. med. Woch.*, *n*° 50, 1883).

L'auteur a formulé au congrès de Berlin trois indications de la résection ostéoplastique du pied : les lésions étendues du talon et des parties voisines; la destruction par ulcération de la peau du talon; la carie du calcanéum et de l'astragale.

C'est la carie que l'auteur a traitée dans les deux observations présentes.

1°. — Femme de 27 ans, atteinte, pendant l'hiver de 1881, d'ostéite tuberculeuse du calcanéum avec abcès et fistule. On pratique au printemps de 1881 l'évidement de l'os malade qui fournit un séquestre gros comme une noisette. Traitement à l'iodoforme. Le processus s'étend à l'astragale; il y a en même temps tuberculose des deux sommets.

Le 2 octobre 1881 l'auteur pratique l'opération dont il a indiqué les détails dans les *Archives de Langenbeck* (*R. S. M.*, XIX, 257). La plaie se comporte bien. Le premier pansement est laissé dix jours en place, le second quatre semaines. Réunion par première intention.

L'opérée essaie de marcher dès le commencement de décembre. Le pied est placé dans une bottine spéciale et comme il y a un allongement du côté de l'opération, le pied sain reçoit un talon de 1 centimètre 1/2 pour compenser la différence. Les cicatrices se solidifient et la marche s'effectue sans peine, la tête des métatarsiens reposant sur le sol.

Au milieu de janvier 1882, phénomènes pulmonaires graves. La malade meurt le 29 juillet, après avoir mis au monde un enfant sain.

2°. — Garçon de 16 ans, atteint de carie tarsienne depuis cinq mois, est apporté à la clinique. Il ne présente qu'un peu de bronchite, pas de ramollissement pulmonaire.

20 février 1883. Résection ostéoplastique; il y a destruction du calcanéum, de l'astragale et de toutes leurs articulations. L'auteur est forcé d'enlever presque complètement le cuboïde et le scaphoïde. Suture, drainage, pansement antiseptique. Le résultat est bon : apyrexie. On change le pansement après 8 jours, puis après 22 jours. Réunion primitive.

30 mars. La réunion des os est assez solide. Les orteils se sont fléchis d'une façon exagérée; on est obligé de les redresser. Le 15 avril l'opéré commence à marcher avec une canne. Le 5 mai il marche sans canne et sans appareil; l'allongement est de 1 centimètre 1/2.

Six mois après l'opération, la guérison est confirmée, le pied est solide, le fonctionnement parfait. L. GALLIARD.

I. — Clinical observations on the treatment of severe railroad injuries of the extremities, par James Mac CANN (*Trans. of the Americ. surg. Assoc. II, p.* 197).

II. — The multiple amputations, par W. BLAND (*Journ. of the Americ Med. Assoc.*, 31 *mars* 1885.)

I. — Dans ce travail, l'auteur discute l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans les traumatismes si graves résultant des accidents de chemins de fer. Nous nous contenterons de citer la statistique publiée à la fin de ce mémoire. De 1877 à 1883, à Western Hospital de Pennsylvanie, on a pratiqué 127 amputations pour accidents de chemins de fer : 74 amputations de la jambe ou du pied, 15 morts; 19 amputations de cuisse ou désarticulations du genou, 11 morts.

Dans cette même période et dans le même hôpital on a pratiqué 29 amputations doubles pour accidents du même ordre, 14 guérisons. Dans un cas, une triple amputation a été faite chez un enfant de 9 ans: amputation de la jambe gauche au tiers inférieur, amputation de la jambe droite au tiers supérieur, amputation de l'avant-bras gauche. Les trois opérations ont été faites dans la même séance. L'enfant a guéri.

II. — L'auteur rappelle le cas d'un malade opéré par Kœhler en 1847 pour un traumatisme. Les deux jambes et le bras gauche furent amputés dans la même séance et sans anesthésie. Le malade vécut en parfaite santé 38 ans après l'opération. A. C.

Des périostites consécutives à la fièvre typhoïde, par TERRILLON (*Progrès médical,* 1er *avril* 1884).

L'auteur a observé trois malades adultes atteints de périostite pendant leur convalescence, deux à quatre semaines après la chute de la fièvre ; il insiste sur la marche par poussées successives qui n'est pas rare, avant que la suppuration se produise. Dans un cas il y a eu des lésions portant sur deux os, tibia et cubitus, aux points mêmes qui avaient été, quelques années auparavant, le siège de fractures. Un des cas s'est terminé malheureusement; après une séance de rugination du fémur, le malade fut enlevé par une hémorragie foudroyante de la fémorale; l'artère avait été ulcérée par le pus collecté dans un petit cul-de-sac.

Depuis la publication du travail de Terrillon, bon nombre d'observations analogues ont été publiées. Nous citerons les notes de E. Mackey, Jackson, Hayward (*Brit. med. journal* , janvier et février 1885), Gelez (*Paris méd.*, 10 janvier 1885). H. L.

Sarcoma of synovial sheaths, par T. MARKOE (*New York med. Journ., p.* 467, 1884).

L'auteur rapporte trois cas de sarcome des gaines synoviales de la plante du pied. C'est là, dit-il, une affection rare et fort mal connue, difficile à distinguer des synovites traumatiques ou spontanées. Le diagnostic sera fondé sur la marche lente et peu douloureuse de l'affection, sur l'absence de fluctuation distincte, la tension et la rénitence du sac synovial, les résultats négatifs de la ponction. L'amputation est souvent le seul mode efficace de traitement, à cause de la fréquence des récidives sur place. A. CHAUFFARD.

Om jod behandling för struma (Traitement du goitre par l'iode), par Carl ROSSANDER (*Nordiskt med. Arkiv, XVI, n°* 23)

L'auteur a traité par l'iode à l'intérieur 53 cas de goitre. Seize fois la guérison a été complète ; douze fois les suites sont restées inconnues ; 25 fois le résultat a été nul ; chez ces 25 derniers malades la guérison a été obtenue par l'injection iodée. Il s'agit dans ces 53 cas de goitre simple, hypertrophique ; c'est à cette forme seule que convient la médication interne.

Dans 52 autres cas de goitre folliculaire colloïde, Rossander a employé les injections iodées et les résultats ont été satisfaisants, toutes les fois que les malades se sont prêtés à suivre longtemps ce traitement.

Enfin la ponction, suivie d'injection iodée, a été pratiquée chez dix malades atteints de goitre cystique : 8 succès. C'est un total de 115 cas de goitre soumis au traitement par l'iode (injections interstitielles, iode à l'intérieur, injections des poches) avec les meilleurs résultats. A. C.

OPHTALMOLOGIE.

De l'anesthésie en oculistique, par GAYET (*Arch. d'opht., septembre-octobre* 1884).

M. Gayet recommande de faire au malade à opérer, vingt minutes avant le moment où on désire lui administrer le chloroforme, une injection sous-cutanée de 1 gramme chez les adultes de la solution suivante :

Sulfate d'atropine	2 centigrammes.
Chlorhydrate de morphine	20 centigrammes.
Eau distillée	20 grammes.

Cette méthode abrège la durée de la période préparatoire de l'anesthésie complète, mais elle semble augmenter la prédisposition aux vomissements surtout consécutifs, ce que Gayet ne considère pas comme un gros inconvénient.

L'auteur énumère ensuite les avantages de l'anesthésie qu'il regarde comme infiniment favorable à l'exécution correcte d'une opération oculaire, et qui lui paraît soustraire le malade à toutes les angoisses et à toutes les douleurs, en lui procurant la résolution indispensable à la restitution complète des parties après l'acte opératoire. A. TROUSSEAU.

Ein Fall von traumatischem, pulsirenden Exophthalmus (Un cas de tumeur pulsatile de l'orbite d'origine traumatique), par RÜBEL (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk, octobre* 1884).

Un individu reçoit un coup sur la tempe gauche, à la suite duquel apparaît un fort gonflement, et quelques mois plus tard un bruit pulsatile dans toute la moitié du crâne, avec exophtalmie et dilatation des vaisseaux de la paupière et de la tempe. Un an plus tard, l'exophtalmie était telle que l'occlusion des paupières était devenue impossible. Le doigt introduit entre le globe de l'œil et le rebord orbitaire, donne la sensation d'une tumeur élastique, facile à déprimer. Le bulbe est à peu près immobile, et de temps en temps le siège de fortes douleurs qui s'irradient dans le voisinage. Dans toute la région, l'auscultation révèle un souffle anévrismal, isochrone au pouls. La compression de la carotide supprime tous ces symptômes. Un médecin croyant avoir affaire à une tumeur maligne, essaya d'extirper la grosseur de la région temporale. L'hémorragie qui survient met la vie du malade en danger; il persiste néanmoins une plaie, qui de temps en temps donne lieu à de forts écoulements de sang; ceux-ci, à force de se renouveler, entraînent la mort du malade. ROHMER.

Des opérations qui se pratiquent dans un but d'esthétique sur les yeux perdus, difformes et douloureux, par ABADIE (*Gaz. méd. de Paris, n°* 48, 29 *novembre* 1884).

A propos des diverses énucléations partielles ou totales du globe oculaire et des indications de chacunes d'elles, l'auteur estime que l'opération de Critchett doit être réservée aux cas d'hydrophtalmie chez les enfants. Chez les jeunes sujets et chez les adolescents le même procédé peut être mis en pratique, mais en le modifiant de telle façon que les lambeaux conjonctivaux soient attirés en avant et réunis par de nombreux points de suture sans toucher à la sclérotique. Enfin chez les vieillards, sauf indication absolue d'énucléation totale, on aura recours à l'exentération qui expose moins aux accidents méningitiques et fait cesser les phénomènes sympathiques. OZENNE.

Rapport des bacilles avec l'ophtalmie jéquiritique, par BRAILEY et PIGEEN (*Transact. of the ophtalmological. Soc.* 1884).

Les auteurs présentent une série de préparations montrant le développement des bacilles dans les infusions de jéquirity. Ceux-ci apparaissent dès que l'infusion est faite et augmentent de nombre pendant deux jours. Ils sont encore abondants le 15e jour.

Les produits de la conjonctivite amenée par une infusion fraîche de

jéquirity contiennent immédiatement après l'inoculation des bacilles dont le nombre décroît pendant les quatre heures qui suivent, après quoi ils disparaissent.

De ces faits, les auteurs concluent que les bacilles trouvés dans ces produits ne sont autres que ceux introduits par l'inoculation, que ces bacilles ne se développent pas dans le sac conjonctival et ne se rencontrent pas forcément lors d'inflammation jéquiritique. A. TROUSSEAU.

Traitement du pannus sans jéquirity, par JEWSEIENKO (*Med. Wiestnik*, n° 13, 1884).

L'auteur rejette l'emploi du jéquirity dans les cas de pannus trachomateux. Ce remède, en produisant toujours une forte suppuration, provoque la formation du tissu cicatriciel et l'opacité de la cornée. L'auteur a essayé les instillations de corps huileux dans l'œil, dans le but de supprimer ce frottement. Après quelques expériences, il s'arrêta à l'emploi de l'huile de noix qui lui donna des résultats excellents. Le malade s'instille lui-même quelques gouttes de cette huile dans l'œil, une ou deux fois par jour. Quand les symptômes d'irritation ne sont pas forts, l'auteur emploie, en même temps, le badigeonnage de la conjonctive par le sulfate de cuivre. Immédiatement après l'instillation de l'huile, le malade ne ressent rien de particulier ; mais cinq minutes après, il survient de la rougeur et une sensation de chaleur dans l'œil. Ces phénomènes disparaissent rapidement, du reste. Après un certain nombre d'instillations, la conjonctive devient plus lisse, les vaisseaux de la cornée paraissent moins nombreux et même les granules trachomateux semblent se modifier favorablement sous l'influence du traitement. L'auteur a traité, par cette méthode, plusieurs cas de trachome dans lesquels la cornée commençait déjà à se ramollir et accusait une tendance à l'ectasie. L'emploi de l'huile de noix, d'abord seule, puis avec le sulfate de cuivre, restitua à la cornée, dans 6 ou 8 semaines, sa forme et sa transparence normales. Le pannus vulgaire commence à disparaître au bout de 5 à 7 jours, sous l'influence de l'huile de noix ; en 2 ou 3 semaines la cornée devient tout à fait transparente. W. HOLSTEIN.

I. — Le jéquirity et son principe phlogogène, par BRUYLANTS et VENNEMAN (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, t. XVIII, n° 1, 1884).

II. — Le jéquirity et la jéquiritine dans le traitement du trachome, par DENEFFE (*Ibid.*, t. XVIII, n° 3, 1884).

III. — Le jéquirity dans l'ophtalmie granuleuse, par BUTLER (*Canada medical association*, 20 septembre 1884).

IV. — Le traitement jéquiritique et ses prétendus dangers, par de WECKER (*Annales d'oculistique*, juillet-août 1884).

I. — Les auteurs font connaître leurs recherches personnelles pour prouver que les bactéries n'interviennent pas dans l'action spécifique du jéquirity. Des macérations faites avec des graines lavées à l'alcool et à l'éther pour tuer les germes qui pouvaient exister à leur surface, puis broyées dans de l'eau stérilisée, sont restées indemnes de bactéries; une goutte de liquide de ces macérations instillée dans l'œil de plusieurs la-

pins a produit une conjonctivite intense. Mais lorsque la macération était faite à l'eau bouillante, elle était inactive. Il ressort des expériences des auteurs que le principe actif du jéquirity est une zymase qui perd toute activité quand on chauffe la solution à 65° pendant une demi-heure. Le principe ne préexiste pas, ou tout au moins ne préexiste qu'en proportions très minimes et, il ne se forme que pendant la germination de la graine, comme la diastase, l'émulsine, la mycogine, etc. On obtient la jéquiritine par un mode de préparation calqué sur celui des autres ferments analogues ; sa composition chimique est semblable à celle des ferments et elle précipite par les réactifs qui précipitent ces mêmes ferments.

De leurs expériences d'injections sous-cutanées et intraveineuses les auteurs croient pouvoir admettre que la jéquiritine détruit les globules blancs du sang. Le sang devenu dyscrasique circule difficilement et nourrit imparfaitement les organes, d'où engorgement vasculaire de tous les tissus et arrêt de la circulation. Si ce trouble circulatoire ne cesse pas bientôt, la mort survient par véritable anémie. Instillée dans l'œil, la jéquiritine porte son action désorganisatrice sur les cellules épithéliales de la conjonctive et sur les leucocytes qui infiltrent le tissu adénoïde ou réticule formant le derme de cette membrane muqueuse ; de là, mise en liberté du ferment de la fibrine et puis coagulation de la sérosité sanguine qui transsude à travers les parois des vaisseaux. La désorganisation de la muqueuse conjonctivale provoque les troubles inflammatoires. La fausse membrane est produite par les jeunes cellules de la prolifération inflammatoires et renfermées dans le réticulum fibrineux du plasma transsudé.

La différence d'activité d'une même solution, chez différentes personnes soumises au traitement de la jéquiritine, tient à l'état de la conjonctive. Si celle-ci est molle, riche en cellules lymphoïdes, l'action sera énergique ; si au contraire la conjonctive est couverte de granulations dures, peu vascularisées ou d'un tissu cicatriciel fibreux, elle sera réfractaire à l'inflammation.

II. — Dans une première série d'expériences, l'auteur s'est servi de macérations préparées avec 1 et 2,5 p.0/0 de graines de jéquirity décortiquées, finement pulvérisées, qui ont séjourné 24 heures dans l'eau froide. Les paupières étant retournées, on les frictionne vivement trois fois par jour avec de la charpie trempée dans le macéré de jéquirity. Dans l'intervalle de ces frictions, le patient se lave les yeux et y fait pénétrer le même macéré. Le traitement se prolonge pendant trois jours, à moins que l'inflammation ne soit trop violente à la fin du second jour. Les trachomes soumis à ce traitement étaient peu épais et relativement peu anciens ; il se produisit une inflammation croupale intense avec vives douleurs et écoulement séro-purulent abondant. L'intensité de l'inflammation n'est pas proportionnelle à la quantité de jéquirity employée. Dans trois cas où l'on s'est servi de macération à 2,5 0/0, on a vu se produire des ulcérations des cornées. A côté d'un grand nombre d'insuccès, l'auteur n'a obtenu que deux guérisons.

Dans une seconde série d'expériences, Deneffe a obtenu d'heureux résultats en employant le principe actif retiré du jéquirity par Bruylants et Venneman. La jéquiritine était dissoute à la dose de 3 à 4 centigrammes

dans 10 grammes d'eau, ou mieux de glycérine chimiquement pure, et appliquée comme la macération de jéquirity.

L'inflammation produite par la jéquiritine est en tout semblable à celle que provoque le jéquirity, mais sa violence n'est pas aussi considérable et les douleurs qu'elle éveille sont supportables.

La jéquiritine dissoute dans l'eau se décompose rapidement : au bout de peu de jours elle exhale une odeur très accentuée d'œufs pourris. On trouve dans la solution un grand nombre de bactéries semblables à celles qu'on observe dans la macération du jéquirity. La solution faite dans la glycérine ne se décompose pas même au bout d'un temps très long, et ne renferme aucune trace de bactéries; les liquides sécrétés par la conjonctive enflammée à l'aide de cette solution ne contiennent pas non plus de bactéries. L'auteur conclut de ce fait que le principe phlogogène du jéquirity ne saurait être un microbe. F. HENNEGUY.

III. — Les applications de jéquirity ont été faites par Buller à l'hôpital général de Montréal, et les résultats ont été très satisfaisants.

Presque constamment l'auteur a choisi des cas de vieilles granulations ayant résisté aux autres modes de traitement.

Il s'est servi d'une macération de graines décortiquées dans 100 parties d'eau froide, qu'il a toujours employée fraiche. Dans certains cas où une dégénérescence cicatricielle très prononcée avait envahi la conjonctive, il fut impossible, même en employant une lotion plus forte, d'obtenir la conjonctivite membraneuse caractéristique. En général pourtant cette conjonctivite était facilement produite, se maintenait par de nouvelles applications et cessait en même temps qu'on renonçait à celles-ci. L'inflammation trop longtemps maintenue compromettrait l'intégrité de la cornée. Pour obtenir de bons résultats dans les vieux trachomes, il a fallu augmenter la force des solutions et en renouveler les applications. La macération agit mieux quand elle est fraiche. C'est de 3 à 18 heures après qu'elle a été appliquée que l'inflammation classique débute. Butler n'admet pas que l'action du jéquirity tienne au développement de micro-organismes.

IV. — L'auteur s'élève avec force contre les prétendus dangers de la médication jéquiritique. Il reprend quatre cas publiés dans le *Recueil d'ophtalmologie* qui avaient été présentés par les auteurs comme de véritables « désastres » à l'actif du jéquirity, et il montre que loin d'avoir été désastreux l'emploi du jéquirity a été utile dans trois des quatre cas et inoffensif dans le quatrième.

La sécurité dans le maniement du jéquirity ne disparaît que dans deux cas :

1° Lorsqu'on opère sur une conjonctive déjà boursouflée et hypertrophiée présentant un état de purulence préexistant et plus ou moins prononcé ;

2° Lorsqu'on greffe une seconde ophtalmie jéquiritique sur une première en voie d'évolution , comme cela se présente en lotionnant un œil moins de 48 heures après le premier lavage, dont on n'a pu encore apprécier tous les effets.

Ce dont il faut se convaincre, c'est qu'une lotion unique sur une conjonctive dépourvue de purulence, alors même qu'elle provoquerait une très forte ophtalmie, ne peut avoir d'inconvénient ni pour la cornée,

ni pour la conjonctive même, sur laquelle elle n'entraînera jamais ultérieurement de cicatrices appréciables. A. TROUSSEAU.

Conjonctivite muco-purulente, d'origine sympathique, par BRAILEY (*Transactions of the ophtalmological Soc.*, 1884).

Le malade, âgé de 66 ans, reçut un coup sur l'œil droit, ce qui produisit, sans doute à la suite d'un ulcère perforant, une opacité et une adhérence à l'iris de la cornée. Deux semaines après l'accident, l'œil gauche commença à jeter et cette sécrétion continua jusqu'à l'énucléation du congénère. Avant cette opération, la conjonctivite avait été traitée sans succès. A. TROUSSEAU.

Origine syphilitique de la kératite parenchymateuse, par LEPLAT (*Annales d'oculistique, octobre-décembre* 1884).

La kératite parenchymateuse a été observée entre 4 et 8 ans, une seule fois pourtant au-dessus de 20 ans, 15 fois chez des enfants mâles, 13 fois chez des individus du sexe féminin. Presque toujours les 2 yeux ont été pris ; deux fois il y a eu récidive, 18 fois sur 28 (soit 64 0/0) la kératite semble avoir été sous la dépendance de la syphilis héréditaire, et encore dans le reste des cas il ne s'en trouve que 2 où aucun symptôme héréditaire syphilitique a pu être découvert. L'auteur conclut que la kératite parenchymateuse est, dans la très grande majorité des cas, une manifestation de la syphilis héréditaire tardive. A. TROUSSEAU.

Bakteriologiska studier öfver dakryocystitoch ulcus serpens cornœ (Etudes bactériologiques sur la dacryocystite et l'ulcère serpigineux de la cornée), par J. WIDMARK (*Nordiskt med. Arkiv*, n° 25, 1884).

Widmark, dans trente-sept cas de dacryocystite et dans deux cas d'ulcère serpigineux de la cornée, a trouvé constamment des micrococci dans le muco-pus examiné. Il a réussi à faire des cultures de ces proto-organismes et les inoculations cornéennes pratiquées à l'aide de ces liquides de culture ont toujours donné lieu à des ulcérations kératiques semblables comme aspect à l'ulcère serpigineux de l'homme; dans les parois de ces ulcérations il existait des micrococci semblables à ceux non cultivés. Des injections sous-cutanées de liquides de culture ont donné lieu à des abcès et le pus de ceux-ci inoculé dans la cornée a donné naissance à des ulcérations kératiques analogues aux précédentes.

C. GIRAUDEAU.

Troubles visuels dans le goitre exophtalmique, par DIANOUX (*Annales d'oculistique, décembre* 1884).

On constate d'abord des troubles du mouvement qui rappellent plutôt la parésie de l'accommodation que l'asthénopie : mydriase, impossibilité d'un travail soutenu, douleurs ciliaires, parfois il y a de la myopie.

On trouve encore des désordres nutritifs, le plus connu étant la kératite neuro-paralytique, à côté de laquelle existe une forme d'irido-choroïdite analogue à celle du zona ou de l'ophtalmie sympathique. Il y a encore des œdèmes rétiniens, et de la névrite optique, des amblyopies spéciales.

Il y a des indications spéciales pour le traitement; il faut avant tout combattre l'exophtalmie par la compression ou au besoin la blépharorraphie. L'ergot de seigle, la duboisine, le fer, le quinquina, l'hydrothérapie doivent être ordonnés. A. TROUSSEAU.

Amaurose saturnine, par WEBER (*Thèse de Paris*, 1884).

Cette amaurose plus ou moins complète, plus ou moins brusque, rarement définitive ne dépend pas d'une lésion rénale. Passagère, elle coïncide avec un spasme des artères de la rétine ; définitive, elle est le résultat d'une atrophie de la papille. La cécité temporaire peut se produire en même temps que la première attaque de colique saturnine, elle récidive parfois après guérison. L'amaurose est presque toujours binoculaire. Le pronostic n'est grave que s'il survient des lésions papillaires. Les meilleurs agents thérapeutiques sont l'iodure de potassium et l'électricité, puis les purgatifs et les sudorifiques. A. TROUSSEAU.

Quatre cas de cataracte diabétique, par WALDHAUER (*Revue gén. d'opht.*, 31 *janvier* 1885).

Dans les cataractes diabétiques, l'opacité, comme l'a dit Otto Becker, siège de préférence dans la corticale et le noyau est relativement transparent. Les cataractes, dans les quatre cas cités, avaient évolué avec rapidité et avaient passé très vite à la période de régression. Le résultat de l'opération dans ces cas a pu être considéré comme très favorable et aussi bon que dans les cas de cataracte sénile normale; les plaies de la cornée ont toutes très bien guéri. L'auteur n'a pas rencontré de complications du côté de la rétine et de la choroïde. Il recommande, en terminant, d'user de grandes précautions dans l'opération des cataractes diabétiques et de ne pas forcer l'expulsion complète des matières corticales, lorsqu'elle présente quelques difficultés. A. TROUSSEAU.

Zur Antiseptik bei Staarextractionen (L'antisepsie dans les opérations de cataracte), par LANGE (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk*, *novembre* 1884).

Voici la manière de faire de l'auteur qui lui a toujours donné d'excellents résultats : La veille du jour de l'opération toute la région péri-oculaire (front, yeux, paupières, etc.) est lavée soigneusement à l'eau de savon, puis avec une solution de sublimé à 1 0/0; la même solution sert à laver la conjonctive, la caroncule, les plis semi-lunaires, les points lacrymaux, etc. ; cela fait, on pratique un dernier lavage extérieur avec le sublimé, et immédiatement l'œil est recouvert avec un tampon de ouate trempé dans le sublimé; par-dessus on met un morceau de toile imperméable, puis un tampon de coton hydrophile, le tout maintenu en place par un monocle. Au moment de l'opération, on défait ce pansement, on recommence les lavages au sublimé, les mains de l'opérateur, les instruments sont trempés dans la même solution. L'opération terminée, on peut saupoudrer sur l'œil un peu d'iodoforme finement pulvérisé ; l'association de cette substance au sublimé est regardée comme excellente par l'auteur; puis, on applique le même bandage que la veille et avec les

mêmes précautions. Pour plus de sécurité, le chirurgien ne devra jamais confier aux soins d'un aide l'exécution de toutes ces manœuvres.

ROHMER.

L'extraction simple, par de WECKER (*Ann. d'oc., décembre* 1884).

L'auteur a introduit divers perfectionnements dans l'opération de la cataracte. Il emploie un couteau moitié moins large que celui de Graeffe et une pince à fixation dont les extrémités sont garnies de petites plaques de caoutchouc. Il fait précéder l'opération d'instillation de chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0 rendu antiseptique par l'adjonction d'un peu de sublimé, 2 milligrammes pour 10 grammes de solution. Il détache le tiers supérieur de la cornée en faisant un lambeau purement cornéen. Il ne fait plus d'iridectomie et enfin la toilette de l'œil terminée, l'ésérine instillée, il lute les bords de la plaie cornéenne avec de la poudre d'iodoforme qu'il applique au moyen d'un petit tampon de caoutchouc. Comme pansement, il se sert d'une rondelle boratée humide et de ouate salycilée.

A. TROUSSEAU.

I. — La pathogénie du glaucome, par ULRICH (*Compte rendu de la* 16e *session du congrès ophtalm. à Heidelberg en* 1884).

II. — Contributions anatomiques à l'étude du glaucome par E. SARGENTS (de San-Francisco) (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk. décembre* 1884).

I. — Le glaucome est dû primitivement à une sclérose de l'iris ; celle-ci survient, soit à la suite d'une inflammation de l'iris, soit par suite d'altérations scléreuses dues à l'âge avancé. Le système vasculaire participant à cette dégénérescence scléreuse, il survient dans l'iris des troubles circulatoires qui ne tardent pas à s'étendre jusqu'au corps ciliaire; celui-ci devient le siège d'une hyperémie chronique et d'une dilatation vasculaire, le muscle ciliaire s'atrophie, et le tissu cicatriciel prend le dessus. La conséquence de l'hyperémie est une hypersécrétion de l'humeur aqueuse et une augmentation de tension. Le cristallin et l'iris sont repoussés en avant et solidement pressés l'un contre l'autre.

Si consécutivement à ce processus, l'humeur aqueuse ne peut plus passer par la pupille, d'autre part aussi elle ne peut plus filtrer à travers l'iris sclérosé. La pression intra-oculaire ne fait donc qu'augmenter ; elle est accrue encore par les mydriatiques et un ralentissement du cœur, qui font obstacle à sa circulation; les myotiques, au contraire, en allongeant les vaisseaux de l'iris, favorisent momentanément sa circulation et diminuent sa tension. L'iridectomie agit par l'ablation de l'obstacle que constitue l'iris, surtout à sa périphérie, au courant des liquides intra-oculaires.

II. — L'auteur a eu occasion de faire l'examen anatomique détaillé de six yeux glaucomateux. Les particularités importantes qu'il a rencontrées d'une façon constante, sont les suivantes :

Excavation de la papille du nerf optique, et disparition de la chambre antérieure, dans tous les cas, qu'il s'agit d'un glaucome primitif ou secondaire. Constamment aussi, il a trouvé l'infiltration cellulaire de la partie antérieure de la sclérotique et la participation de la cornée à cette infil-

tration, surtout dans les parties situées en regard des angles des paupières. Ce qui distingue les cas primitifs des secondaires (abstraction faite des lésions choroïdiennes trouvées dans ces dernières), c'est l'état de la rétine, qui, intacte lorsqu'il s'agit de glaucome primitif, est, au contraire, le siège d'altérations diverses dans les glaucomes secondaires. Ce qu'il faut noter aussi, c'est l'infiltration par des cellules jeunes du nerf optique autour des vaisseaux centraux, ainsi que dans les gaines vasculaires.

Sans vouloir tirer de conclusions de l'examen de ces quelques cas, l'auteur croit pourtant que bon nombre de cas de glaucome pourront trouver une explication plausible dans les altérations de la partie antérieure de la sclérotique, et dans celle de l'appareil circulatoire de la rétine et du nerf optique. ROHMER.

Ossification de la choroïde causant des attaques répétées d'irritation sympathique, par FROST (*Transact. of the ophtalmologic. Soc., décembre* 1884).

Il s'agit d'un homme de 43 ans, ayant reçu un coup de pied de cheval dans l'œil droit treize ans auparavant et ayant définitivement perdu la vue par suite de cet accident. Depuis, le malade avait souvent des poussées irritatives dans l'œil blessé et chaque fois ces poussées retentissaient sur l'autre œil qui s'injectait, devenait douloureux et larmoyant.

L'œil droit est énucléé et examiné. Le cristallin a disparu, il y a un décollement total de la rétine et la plus grande partie de la choroïde est ossifiée.

A. TROUSSEAU.

Ueber eine eigenthümlighe Ermüdungs-Erscheinung des nervösen Sehapparates und seine Beziehungen zur Erythropie [Sur une manifestation spéciale survenant après la fatigue du nerf optique, et ses relations avec l'érythropie (vision du rouge)], par R. HILBERT (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk., novembre* 1884).

L'auteur a observé le fait sur lui-même : après un travail de nuit longtemps prolongé, il voyait, en regardant une surface blanche, des lueurs subites alternant avec une obscurité complète; la première sensation, comparable à un éclair, était isochrone avec la systole artérielle, la seconde avec la diastole. De plus, à la lecture, les lettres semblaient être placées les unes au-dessus, les autres au-dessous du plan du papier. Dans la rue le même phénomène se reproduisait pour les pavés qui semblaient être placés les uns plus hauts, les autres plus bas que le niveau de la chaussée; mais de plus, les intervalles entre les parois de la rue paraissaient être colorés en rouge carmin, et cela indépendamment de l'intensité de l'éclairage. Ces phénomènes duraient toute la matinée et disparaissaient après le repas de midi.

En raison des fatigues qui précèdent toujours l'apparition de ces sensations subjectives et de leur disparition après le repas, l'auteur croit pouvoir expliquer leur apparition par un affaiblissement général affectant spécialement le centre optique. Du reste, il passe en revue ou discute toutes les théories émises dans ces derniers temps à propos de l'érythropie. ROHMER.

Ueber die Behandlung der Netzhautablösung, etc. (Traitement du décollement de la rétine, etc.), par WICHERKIEWICZ (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., décembre* 1884).

Après un court historique de la question, l'auteur rapporte le résultat de 15 cas traités à la clinique de Rydel; ils se décomposent de la façon suivante :

Deux cas furent traités par la ponction seule, trois à la fois par la ponction et des injections de pilocarpine, et dix par des injections de pilocarpine seules.

Sur les cinq cas traités par la ponction, l'un est resté sans résultat, deux furent guéris, et deux autres (traités en même temps par la pilocarpine), ne furent nullement améliorés.

Dans 13 cas traités surtout par les injections de pilocarpine, on voit trois résultats nuls, six améliorations légères; une fois l'intervention fut légèrement favorable, et trois fois la guérison fut complète.

Dans les trois derniers cas, une fois l'acuité visuelle monta de 6/60 à 6/18; un autre malade, qui comptait les doigts à 5 mètres, obtint une V = 20/50; le troisième qui comptait les doigts à 2 mètres, vit V monter à 6/36.

Dans deux cas, la guérison persistait encore au bout de 14 mois.

L'auteur donne donc la préférence aux injections sous-cutanées de pilocarpine. Rydel injecte $0^{gr},02$ de chlorhydrate de pilocarpine deux heures avant le déjeuner; le nombre des injections est variable (jusqu'à 18); la plupart du temps on appliqua le bandeau compressif et on ordonna le repos au lit. Quand les indications l'exigent, l'auteur n'hésite pas à joindre au traitement précédent les laxatifs et l'iodure de potassium. ROHMER.

Ueber Embolie der Arteria centralis Retinæ, par MAUTHNER (*Soc. des méd. de Vienne*, 23 *février* 1883).

Quand un embolus s'est engagé seulement à l'entrée de l'artère centrale de la rétine, et fait encore saillie dans l'ophtalmique, on peut espérer qu'il sera encore entraîné par l'onde sanguine dans une autre branche de ce vaisseau. Aussi l'auteur conseille-t-il, dans les cas où l'on peut intervenir immédiatement après l'accident, de comprimer fortement le bulbe oculaire afin d'empêcher l'afflux sanguin qui favoriserait la progression de l'embolus vers la rétine.

Que si, au contraire, l'embolus siège tout entier dans le tronc de l'artère centrale de la rétine, on ne peut plus espérer de mouvement rétrograde; il faut alors favoriser sa progression vers les fines ramifications de la périphérie et, pour cela, diminuer la tension intra-oculaire en pratiquant la sclérotomie. L'embolus se déplaçant dans cette direction, le sujet recouvrera la vision centrale et une partie du champ visuel périphérique.

Chez un sujet opéré 17 heures après la production de l'embolie, l'auteur a obtenu, par ce procédé, un brillant succès. Pratiquée tardivement, l'opération n'aurait aucune chance de réussite. Il faudra, avant de la tenter, essayer la compression du globe de l'œil pendant quelques heures,

car il est impossible de savoir, sans cette précaution, quel est le siège exact de l'embolus dans l'artère centrale. L. GALLIARD.

Zur Diagnose des intraoculären Sarkoms (Contribution à l'étude du diagnostic du sarcome intra-oculaire), par LANGE (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., novembre* 1884).

Une femme âgée de 45 ans avait été opérée de cataracte à l'œil droit, et le résultat avait été bon, lorsque dix-huit mois plus tard elle se représente à la clinique se plaignant d'une diminution considérable de la vue. L'ophtalmoscope permet de découvrir un décollement rétinien siégeant au côté extérieur et nasal du bulbe. S'agissait-il d'un simple décollement séreux ou d'un début de sarcome choroïdien ?

Pour trancher la question, l'auteur projeta un fort rayon de lumière sur la sclérotique correspondant au décollement. L'examen concomitant du fond de l'œil, à l'image droite, permit de voir la transparence de la rétine décollée, et la limpidité du liquide sous-jacent, dans lequel nageaient seulement quelques flocons de fibrine. Il s'agissait d'un décollement simple; quelques mois après, la femme était totalement guérie, même sans traitement.

Dans un autre cas du même genre, mais dans lequel il s'agissait de sarcome choroïdien, Lange, par le même procédé d'éclairage, put voir une opacité correspondant à l'implantation de la tumeur et affirmer ainsi son diagnostic. ROHMER.

Weitere Mittheilungen über Tuberculose des Auges (Contribution à l'étude de la tuberculose oculaire), par HAAB (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. novembre* 1884).

L'auteur a eu l'occasion d'extirper plusieurs yeux atteints de tubercules des membranes profondes, surtout de la choroïde; mais le bacille de Koch n'était pas encore connu, et dans un cas surtout, le diagnostic resta douteux entre un sarcome et une masse tuberculeuse. Tous ces yeux avaient été conservés dans le liquide de Müller. L'auteur décrit longuement la technique qu'il suivit pour colorer les bacilles tuberculeux; même après plusieurs années de macération dans le liquide de Müller, il fut possible de colorer et de démontrer avec la dernière évidence la présence des bacilles de Koch dans des tumeurs dont la nature jusque-là était restée douteuse. ROHMER.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Ueber Tuberculose der Tonsillen (Tuberculose des amygdales), par Fritz STRASSMANN (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band. XCVI, Heft* 2, *p.* 319).

Ce travail a été fait dans le laboratoire de Cohnheim et de Weigert à Leipzig. L'auteur reproduit tout d'abord une phrase de Virchow d'après

laquelle la tuberculose des amygdales serait une rareté il cherche à vérifier cette assertion, et trouve au contraire qu'il s'agit là d'une lésion assez commune. Sur 21 cadavres de phtisiques il aurait trouvé 13 fois des tubercules des amygdales. La lésion n'est pas constituée par des foyers caséeux ni par des ulcérations facilement visibles à l'œil nu. Il a rencontré surtout des tubercules miliaires de très petit volume. Ces tubercules sont riches en cellules géantes et rappellent ceux qu'on rencontre dans les ganglions. Les bacilles y sont assez rares. Les amygdales qui sont le siège de ces productions tuberculeuses pour ainsi dire microscopiques ne présentent rien de caractéristique.

L'auteur se demande par quel mécanisme les tubercules se développent sur les amygdales. S'agit-il d'une lésion initiale ou d'une lésion secondaire ? Les amygdales situées à l'entrée à la fois des voies digestives et des voies respiratoires, sur le passage des bacilles pénétrant dans l'organisme sont-elles prises au début de l'infection bacillaire ou au contraire sont-elles infectées secondairement par le passage des bacilles éliminés de l'organisme avec les produits d'expectoration ? L'auteur admet plutôt cette seconde hypothèse. En effet, chez les individus morts de tuberculose non pulmonaire (intestinale par exemple) la tuberculose amygdalienne n'existe pas. En cas de lésions pulmonaires, les tubercules des amygdales se voient surtont dans les tuberculoses à forme prolongée.

Il s'agit là d'une lésion intéressante surtout au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, mais sans grande importance clinique. P. GALLOIS.

A curious case of accidental parasite in the throat, par S. J. RENNIE (*Indian med. journ., janvier* 1885).

Un homme de 20 ans entre à l'hôpital de Caworpore pour un mal de gorge. On trouve une assez vive rougeur de la paroi postérieure du pharynx, de la luette, des piliers, des amygdales. Gargarismes et badigeonnages au nitrate d'argent. Deux jours après, le malade expulse dans une quinte de toux trois petites larves de mouche, et l'on trouve une zone ulcéréo de deux pouces de long couverte de larves. Des badigeonnages et lavages avec une préparation mercurielle amènent le rejet de tous ces parasites et la guérison rapide.

L'auteur suppose qu'une mouche a pu déposer ses œufs dans la bouche pendant que le malade dormait, en état d'ivresse, la bouche ouverte. A. C.

Ein behaarter Rachenpolyp (Un polype pileux du pharynx), par K. SCHUCHARDT (*Centralbl. f. Chir., n°* 41, *p.* 673, 1884).

Du fait de lipome congénital de la région sacrée qu'il a déjà publié (Voy. *R. S. M.*, XXIII, 634), l'auteur rapproche le fait suivant, qu'il considère comme une anomalie de développement :

Une enfant de 5 mois, de parents sains et sans autre difformité, portait dans la bouche une tumeur congénitale qui parfois faisait saillie au-dessus de la langue, mais le plus souvent était avalée et occasionnait de fréquents accès de suffocation. On reconnut un polype mince et piriforme, de consistance lipomateuse, inséré par un pédicule long et grêle sur la paroi posté-

rieure du pharynx, un peu à gauche de la ligne médiane; un coup de ciseaux suffit pour la détacher.

Le pédicule, de 2 à 3 centimètres de long et du calibre d'une petite plume d'oie, était revêtu d'une muqueuse lisse, tandis que la tumeur elle-même était revêtue d'un tégument couvert de poils follets très fins, qui avait tous les caractères de la peau. Une coupe longitudinale après durcissement permit de constater que la tumeur était formée d'un noyau de fibres musculaires striées, parallèles à son axe et noyées dans une atmosphère de tissu adipeux. Du côté du pédicule, les faisceaux musculaires se terminent brusquement par une surface arrondie; du côté de l'extrémité libre, ils dégénèrent insensiblement en tissu conjonctif dense. La peau qui recouvre ce néoplasme offre au microscope tous les caractères du tégument externe, follicules pileux et glandes sébacées. On trouve en outre dans l'intérieur de la masse et sous la peau des glandes en grappe assez nombreuses, quelques-unes avec conduit excréteur; ni os ni cartilage.

Ce fait devrait, d'après l'auteur, être considéré comme un exemple de monstruosité parasitaire, comme le degré le plus inférieur de la variété d'inclusion fœtale qui constitue l'épignathie de Geoffroy Saint-Hilaire. Aucun fait semblable ne paraît encore avoir été publié. DE SANTI.

Hay fever and its successful treatment (La fièvre de foin et sa guérison), par C. SAJOUS (*New York med. journ.*, 6 *décembre* 1884).

La fièvre de foin reconnaît pour cause la susceptibilité spéciale de certains individus pour certaines émanations ou substances irritantes. Cette idiosyncrasie s'accompagne d'un état d'hyperesthésie chronique localisée à cette partie de la pituitaire qui tapisse les cornets moyens et inférieurs, le méat moyen, le plancher des fosses nasales, et la région sous-olfactive du septum. La cautérisation de ces diverses régions fait disparaître à la fois l'hyperesthésie de la muqueuse, et les accès de l'asthme de foin. Le meilleur procédé consiste à couvrir toute la région hyperesthésiée d'un semis de galvano punctures superficielles.

A. CHAUFFARD.

On removal of the inferior turbinated body of the obstructed side as a substitute for operation on the deflected nasal septum in certain cases, par John N. MACKENZIE (*New England med. Monthly, Mars* 1885).

L'auteur indique un procédé pour remédier à l'obstruction des fosses nasales par la déviation de la cloison lorsque, pour une raison ou pour une autre, on ne peut s'attaquer directement à la cloison et qu'il y a en même temps hypertrophie des cornets. Au lieu de chercher à relever la cloison ou en enlever une portion, Mackensie a créé un passage en supprimant une partie ou la totalité du cornet inférieur.

Chez un des malades, la déformation était due à un traumatisme du nez remontant à un grand nombre d'années. La narine gauche était restée obstruée depuis ce moment; la narine droite ne s'était bouchée que depuis deux ans, par suite d'un catarrhe chronique qui avait amené une hypertrophie énorme du tiers postérieur du cornet inférieur. Cette masse fut enlevée avec le serre-nœud, le résultat fut médiocre; la respiration n'était guère plus libre, par suite du gonflement de la partie restante du cornet inférieur et du cornet moyen. Mackenzie résolut alors de supprimer le cornet inférieur complètement, en le détruisant par des cautérisations répétées au galvano-cautère. Il fallut

cinq semaines à des intervalles de quinze jours chaque. Le résultat fut parfait; la respiration devint libre, et le soulagement fut assez marqué pour ne pas chercher à désobstruer la narine gauche.

Mackenzie a bien soin de faire remarquer qu'il ne s'agit là que d'un procédé applicable seulement dans certains cas exceptionnels.

A. CARTAZ.

De l'oblitération d'une des narines produite par la saillie de l'extrémité antérieure du vomer et du moyen d'y remédier par une opération, par P. BERGER (*Bull. Soc. Chir.*, *p.* 390, 1884).

L'oblitération de la narine est produite en haut par une simple inflexion du cartilage de la cloison qui s'incline vers le côté fermé, tandis qu'en bas elle est due à une tumeur osseuse véritable formée par l'extrémité antérieure du vomer déviée du même côté que la cloison cartilagineuse, mais de plus, augmentée de volume, ainsi que l'auteur a pu s'en assurer en la saisissant entre les mors d'un petit compas d'épaisseur fabriqué pour la circonstance.

Cette malformation des narines s'accompagne d'une conformation particulière du nez, qui est camard, incurvé latéralement, et dont la racine paraîtrait plus large et plus aplatie que de coutume; il faut ajouter, chez les deux malades observés, une exagération de la concavité de la voûte palatine, qui est déformée en ogive : de cette disposition même résulte une étroitesse de la cavité buccale, un resserrement de l'arcade alvéolaire supérieure qui décrit une courbe plus fermée qu'elle ne l'est par un squelette bien conformé : une conséquence de cette étroitesse de l'arc alvéolaire est l'implantation défectueuse des dents, qui, manquant de place, chevauchent les unes sur les autres, ou qui subissent une rotation sur leur axe, de telle sorte que la denture est fort irrégulière. Les sujets atteints de cette oblitération d'une des narines paraissent affectés d'une déformation qui n'est pas limitée à la cloison seulement, mais qui porte sur l'ensemble des os de la face, particulièrement sur les os maxillaires supérieurs et sur les cavités que ces os circonscrivent. Il semble que d'un développement insuffisant de ces os résulte une étroitesse anomale de leur rebord alvéolaire et une disposition ogivale des apophyses palatines. La voûte palatine osseuse plus bombée rétrécit d'autant les dimensions verticales des fosses nasales et force la cloison osseuse à ployer; l'inflexion du vomer entraîne une déviation correspondante de la cloison cartilagineuse. D'ailleurs l'imperfection du développement ne se bornerait pas toujours à produire une insuffisance dans le diamètre vertical des fosses nasales; il s'y joindrait dans certains cas, un defaut d'ampleur dans les dimensions transversales.

Les troubles fonctionnels dépendent de l'insuffisance de la respiration nasale. Lorsque le malade ferme la bouche, si l'on vient à boucher la narine du côté sain, l'on constate que les efforts d'inspiration ne peuvent triompher de l'obstacle que la saillie de la cloison oppose à l'accès de l'air du côté où existe la déviation, et que c'est tout au plus si, dans l'expiration, quelque peu d'air peut s'échapper avec bruit par la fente étroite qui représente de ce côte l'orifice des voies aériennes.

Le sujet respire habituellement la bouche ouverte; cela n'empêche pas l'inspiration et l'expiration d'être accompagnées d'un bruit de sifflement désagréable qui peut être entendu à distance : ce bruit s'accroît lorsque l'activité de la respiration se trouve augmentée, soit par les efforts mécaniques, soit par un travail intellectuel.

Voici l'opération conçue et heureusement exécutée par Berger :

On relève fortement le lobule du nez, ce qui permet d'appliquer sur la base de la saillie osseuse, le plus près possible du plancher des fosses nasales, un

ciseau dont la lame étroite est placée verticalement contre la cloison et tenue bien parallèlement à cette dernière. On enlève alors, du premier coup, en agissant directement d'avant en arrière, le plus que l'on peut de la saillie de vomer, sans se préoccuper de la muqueuse. L'on enlève une nouvelle tranche de la cloison osseuse que l'on rabote ainsi avec le ciseau jusqu'à ce que la voie ouverte de la sorte paraisse suffisante, en s'arrêtant seulement pour étancher le sang et combattre son écoulement par le tamponnement de la fosse nasale.

On peut, vers la fin de l'opération, substituer au ciseau une gouge de petite dimension avec laquelle on évide ce qui reste de la saillie osseuse, et on arrondit les contours de l'orifice artificiel que l'on vient de pratiquer.

L. JULLIEN.

Coryza vasomotoria periodica (hay-asthma) in the negro, par John N. MACKENZIE (*Med. Record, New York*, 18 *octobre* 1884).

La plupart des auteurs qui ont étudié l'asthme des foins ont prétendu que cette affection ne se rencontrait pas dans la race nègre. Mackenzie publie une observation des plus nettes et qui semble confirmer la thèse de Roe, sur l'existence d'une lésion nasale ; tuméfaction de la muqueuse des cornets et spécialement de la zone érectile située à la partie inférieure du cornet moyen. Le seul attouchement de ce point avec une sonde légère provoquait un accès d'asthme paroxystique. A. C.

De la nature et du traitement de l'ozène, par LŒWENBERG (*Union méd.*, 20-25 *novembre*, 2 *décembre* 1884).

L'examen rhinoscopique des fosses nasales sur le vivant montre que l'ozène vrai est caractérisé par des lésions anatomiques particulières et nettement définies; c'est un amincissement extrême de la structure avec atrophie des cornets, surtout de l'inférieur, et un élargissement considérable des fosses. Il n'y a pas d'ulcérations, mais formation de croûtes solides, adhérentes.

L'étude parasitologique montre qne le mucus nasal est en général alcalin (15 fois sur 16), qu'il existe un gros coccus spécial caractéristique, associé, presque toujours en double, et groupé en chaînes ou en amas. Les micrococci sont allongés, tantôt sphéroïdes, tantôt ellipsoïdes ; quelquefois on reconnaît vers le milieu une zone transversale plus claire, blanchâtre ; leur diamètre longitudinal est de 1,1μ à 1,65μ : on l'aperçoit comme un point avec un grossissement de 90. Lœwenberg, considère ce fait que le microbe est presque toujours un diplococcus, comme l'indice d'une pullulation active. On le trouve sans préparation spéciale ; il existe en quantités innombrables dans le mucus ozénique, surtout dans les filaments étendus du septum aux cornets ; les couleurs d'aniline donnent des images magnifiques. Dans un seul cas, chez une fillette à mucus nasal neutre, il y avait en outre de nombreux bacilles ; aucun de ces microbes ne ressemble à celui de la tuberculose ; ce coccus se rapproche de celui de la pneumonie.

Les essais de culture des cocci ont tous échoué, et ont donné surtout une infinité de petits microbes.

En résumé l'ozène est une affection *sui generis*, ayant son coccus spécial. Lœwenberg admet qu'à l'état normal le mucus fixe tous les germes

amenés par l'air, mais ne constitue pas un milieu apte à leur multiplication; par le fait d'un changement soit de la forme des fosses, soit de leur sécrétion, le coccus amené par l'air peut se multiplier sur la membrane de Schneider, et il y prospère à l'exclusion de tous autres microbes; l'auteur pense que le coccus de l'ozène doit provenir d'un autre nez punais, tout en reconnaissant qu'il est difficile de le prouver.

Il a toujours vu aux ozéneux un aspect malsain, un teint blafard, un nez pâle, ce qui tient à la déglutition des produits infectieux; l'ozène ne se complique pour ainsi dire jamais d'affections auriculaires.

La connaissance du micrococcus de l'ozène pourra servir à décider si cette affection débute par un stade hypertrophique, un coryza chronique ou non; il servira surtout à faire reconnaître de bonne heure la maladie.

Lœwenberg emploie les antiseptiques par un traitement combiné qui se compose de trois procédés employés journellement :

1° La douche nasale au bichlorure de mercure 1/10,000e;

2° Bain nasal, qui se pratique à la fin de la douche en inclinant la tête en arrière jusqu'à ce que les narines forment le point le plus élevé des cavités nasopharyngiennes, et en laissant couler doucement la solution de sublimé.

3° Les insufflations de poudre impalpable d'acide borique; il faut pendant ce temps que le malade soutienne *la voyelle a* pour que la poudre ne tombe pas dans le pharynx. H. L.

Su di un caso di ozena nasale e laringo-tracheale, par Giovanni LA NOTTE (*Arch. ital. di laryngol., fasc. 4, anno IV*).

Homme de 24 ans, dans de mauvaises conditions hygiéniques, habitant une maison humide, et passant la plupart des nuits dehors à chanter. Surpris une nuit par la pluie, il perdit, à partir de ce jour, la voix, et peu à peu éprouva de la gène pour respirer. Par moments il avait de véritables crises d'asphyxie, qui se calmaient après l'expulsion de crachats épais.

On constate de l'ozène nasal, plus marqué à gauche, de la pharyngite chronique. Au laryngoscope, les cordes vocales apparaissent rouges, tuméfiées (laryngite hypertrophique). L'espace glottique est rempli par une masse d'exsudats jaune grisâtre, comme les croûtes nasales. Après expectoration, la muqueuse trachéale apparaît rouge, gonflée et parsemée de mucosités épaisses, de même nature. Ces mucosités examinées au microscope, contiennent des bactéries de la putréfaction, pas de leptothrix buccalis. Les inhalations alcalines (carbonate de soude 1 0/0) les attouchements à l'éther iodoformé (3 pour 10) et le traitement antistrumeux améliorèrent l'état de ce malade, qui ne présentait aucune lésion pulmonaire.

L'auteur regarde ce cas comme une laryngo-trachéite chronique fétide, ou plus simplement, comme un ozène laryngo-trachéal. A. C.

Mixomi giganteschi della cavita naso-faringea, par MASSEI (*Arch. ital. di laringol., fasc. 4, anno IV*).

Massei a eu l'occasion d'observer deux cas de myxomes volumineux de la cavité naso-pharyngienne.

Dans le premier cas, un enfant de 11 ans, grêle, lymphatique, arriva à la clinique pour un polype (myxomateux) de la narine gauche, obstruant toute l'arrière-narine. Mais en abaissant la langue, on voyait dans la cavité pha-

ryngée une masse énorme, rosée, multilobée, résistante, qui repoussait en avant le voile du palais. La respiration était anxieuse, le timbre de la voix nasonné, et l'enfant avait eu à diverses reprises des accidents de suffocation graves. Deux ans auparavant on lui avait enlevé un polype muqueux de cette même narine; seize mois plus tard, il y eut une récidive, l'ablation fut faite à nouveau.

L'indocilité de l'enfant était telle que Massei dut recourir à la destruction progressive de la tumeur par le galvano-cautère et l'acide chromique. Mais un jour les parents ramenèrent précipitamment le malade; à la suite d'efforts de vomissements, une partie de la tumeur vint faire saillie dans la bouche. Un serre nœud permit de retirer toute la partie procidente; dans une seconde opération, on enleva le reste de la tumeur dont la masse totale (dessin) représente une petite orange. La tumeur était un myxome.

Dans le second cas, une tumeur de très gros volume, moindre cependant que la précedente, fut enlevée chez une fillette de 7 ans, au moyen de la pince retro-pharyngée. Dans les deux cas, la tumeur était implantée au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales. A. C.

Extraordinary foreign body in the nose, par Rushton PARKER (*Med. press and circular*, 2 avril 1884).

A la suite de l'explosion d'un fusil, le malade portait depuis cinq ans dans le nez l'anneau du canon et la vis de la culasse. L'objet avait une longueur de 6 centimètres et un poids de 105 grammes. Il fut extrait par la bouche à travers une incision pratiquée entre la face interne de la lèvre et le maxillaire supérieur. R. C.

Du traitement des maladies de la gorge et du larynx, études cliniques, par Carl MICHEL, traduit de l'allemand par R. CALMETTES (in-8°, *Bruxelles*, 1884).

Ce petit volume mérite toute l'attention des spécialistes. C'est une série d'études, prises au hasard de la clinique, où l'auteur passe en revue différentes lésions, en indiquant les points principaux du diagnostic, du traitement, en insistant sur les difficultés qui peuvent arrêter le praticien. On ne saurait consulter un guide plus pratique.

A propos de la dysphagie, en général, des troubles de la déglutition, Michel signale une forme peu connue d'angine, l'angine épiglottique antérieure ou œdème inflammatoire aigu de la face antérieure de l'épiglotte. Cette lésion peut passer facilement inaperçue : le laryngoscope seul permet de se rendre compte des troubles accusés par le patient, en montrant une tumeur plus ou moins volumineuse siégeant sur la face antérieure de l'épiglotte. L'auteur pense que plus d'un accident, imputé au croup, à la laryngite striduleuse, n'a pas d'autre origine.

Au sujet de l'hypertrophie des amygdales, Michel critique l'ablation par le couteau ou l'amygdalotome. Il insiste, avec un peu d'exagération, à mon avis, sur le danger des hémorragies et recommande la cautérisation en une ou plusieurs séances, des amygdales avec le galvanocautère.

La pharyngite chronique, hypertrophique (granuleuse) n'est justiciable, dans la plupart des cas, que d'un seul traitement, l'application du galvanocautère sur les points hypertrophiés.

Signalons le chapitre de la pseudo-laryngite chronique où l'auteur s'élève contre la pratique des badigeonnages laryngés faits sans discernement pour des affections qui ne demandent que du repos ou qui dé-

pendent d'une altération autre que celle des cordes vocales. Cette étude le conduit à des remarques extrêmement intéressantes sur les causes de l'enrouement, les fatigues immodérées de la voix et les moyens de remédier à des troubles purement mécaniques par des exercices vocaux bien entendus. C'est un chapitre qui se recommande à la méditation des professeurs de chant aussi bien que des médecins.

On trouvera à la fin de cet opuscule, traduit avec une grande fidélité par Calmettes, une série d'observations instructives sur la technique opératoire pour les tumeurs et polypes laryngiens. On verra, comment sans le secours d'anesthésiques plus ou moins efficaces, Michel arrive à abréger les séances, à rendre tolérants des malades difficiles à examiner. Son livre est rempli de détails de ce genre, détails pratiques et qu'on n'a qu'à lire pour être à même d'en tirer parti. A. CARTAZ.

Herpes laryngis, par S. H. CHAPMAN (*New York med. journ.*, 18 *octobre* 1884).

L'auteur rapporte six observations d'herpès du larynx, et en tire les conclusions suivantes. L'herpès du larynx est une affection rare, associée souvent à l'éruption herpétique des lèvres ou de la gorge, mais 20 fois moins fréquente que celle-ci. Elle s'accompagne constamment de troubles nerveux plus ou moins intenses, et se montre surtout dans les pays à malaria, et aux limites des régions infectées par le paludisme. L'herpès laryngé siège le plus souvent sur la face postérieure de l'épiglotte et simule l'inflammation tuberculeuse de cette membrane. Le diagnostic différentiel a pour bases, la rapidité d'évolution des lésions, l'absence de fièvre, les antécédents paludéens, la coexistence d'une autre localisation herpétique, enfin la guerison rapide. A. CHAUFFARD.

Zur Statistik des Lupus Laryngis, par Alex. HASLUND (*Viertelj. f. Derm. u. Syphil.*, *p.* 471, 1885).

A l'hôpital de Copenhague tous les lupeux sont soumis systématiquement depuis 1866 à l'examen laryngoscopique. Les résultats fournis par cette recherche ont été publiés déjà pour la période s'étendant de 1866 à 1877 (Holms, Thiani et Riehl).

De 1877 à 1882 on a observé 109 cas nouveaux de lupus vulgaire; et chez dix malades le larynx était pris, ce qui donne une proportion de 9, 1 0/0. Celle-ci est probablement trop forte car les 106 lupeux des onze premières années ne donnaient que 4 0/0 et le relevé total de 1866 à 1882 comprenant 215 observations ne fournit que 15 cas de lupus laryngé soit à peu près 6, 97 0/0.

L'auteur donne ensuite la relation résumée des dix cas nouveaux. Les neufs premiers sont relatifs à des femmes; le dixième concerne un jeune homme de 16 ans, chez lequel on dut faire la trachéotomie. A la suite de l'opération, une amélioration extrême se manifesta rapidement, ce que l'auteur attribue au repos du larynx que l'air ne traversait plus. Outre cette remarque intéressante, et la confirmation des observations antérieures sur la prédisposition singulière due au sexe féminin; il ressort de ces faits nouveaux que chez tous ces lupeux le lupus occupait, outre le larynx la gorge ou la face; sans qu'il soit possible d'affirmer, vu le défaut habituel de troubles fonctionnels à quelle époque de la maladie le larynx

avait été frappé. En général, en effet, malgré une profonde lésion de l'épiglotte et du vestibule de la glotte, la déglutition reste normale; et chez beaucoup de sujets la voix n'est pas altérée, circonstance qui s'explique par la localisation prédominante du mal au-dessus des cordes vocales.

L'auteur fait encore remarquer que l'on a beaucoup exagéré la difficulté du diagnostic et qu'il est habituellement possible de différencier le lupus du larynx, d'avec les lésions syphilitiques ou carcinomateuses. Il serait également facile d'éviter toute confusion avec la tuberculose laryngée. Ce travail intéressant se termine par la relation d'un cas nouveau de lupus primitif et isolé du larynx, tiré de la pratique privée de l'auteur, ce qui porte à deux le nombre des faits semblables actuellement connus. H. DANLOS.

De l'emploi des sulfureux dans la tuberculose laryngée, par E. J. MOURE (*Rev. mens. de laryngol., décembre* 1884).

L'auteur considère comme très dangereux dans la tuberculose laryngée l'emploi des eaux minérales sulfureuses; la médication sulfureuse est absolument contre-indiquée. Elle a en effet l'inconvénient d'amener un état congestif, une irritation locale vive et peut donner à des lésions torpides, chroniques, un véritable coup de fouet. Les cas, où cette irritation dite substitutive ne se produit pas et n'aggrave pas des lésions préexistantes, peuvent être regardés comme des exceptions. A. C.

Sui neoplasmi laringi, studii e casuistica, par Ferdinando MASSEI (*Arch. ital. di laringologia, IV, fasc.* 2 *et* 3).

Dans ce travail intéressant, l'auteur traite, au point de vue du diagnostic, de l'étiologie et du traitement, la question des néoplasmes du larynx. Il passe successivement en revue les tumeurs bénignes: papillomes, fibromes, kystes, etc.; les tumeurs malignes: sarcomes et carcinomes, et publie en même temps plusieurs observations personnelles.

Dans l'espace de quinze années, Massei a eu l'occasion de voir 200 cas de tumeurs laryngées qui se divisent ainsi: papillomes, 94; excroissances papillaires, 5; fibromes, 32; épithéliomas, 16; kystes, 13; sarcomes, 6; encéphaloïdes, 5; tumeurs amyloïdes, 2; gommes, 2; adénomes, 2; muqueuses, 2.

Dans 21 cas, la nature de la tumeur n'a pu être déterminée, soit qu'elle fût profonde, sous-glottique, soit que le malade n'ait pu être observé plusieurs fois.

Sur ces 200 cas, 109 seulement ont subi un traitement; guérisons, 72; morts, 12; amélioration, 20; état stationnaire, 5. Les 12 morts sont survenues chez dix malades atteints d'affections malignes à évolution rapide et chez deux enfants que les parents refusèrent de laisser trachéotomiser.

Chez ces 109 malades, on pratiqua 10 fois la trachéotomie; 6 pour des tumeurs malignes; 1 pour un fibrome, 1 pour un kyste, 1 pour une gomme sous-glottique; 1 pour un papillome.

On consultera avec fruit ce travail qui présente un résumé très complet de cette question importante de laryngologie. A. CARTAZ.

Sudden death in a case of tracheal stenosis, par E.-G. JANEWAY (*Med. News, p.* 361, 28 *mars* 1885).

Janeway cite un cas de mort subite chez un enfant atteint d'adénopathie broncho-trachéale ; à l'autopsie, on trouva un ganglion caséeux au niveau de la bifurcation trachéale ; ce ganglion avait déterminé un ulcère du canal aérien et le contenu puriforme du ganglion s'était vidé dans la trachée, oblitérant l'étroit passage laissé par ce rétrécissement spécial de la trachée. A. C.

Laryngologische Meddelelser Larynxstenosen (Sténoses du larynx), par E. SCHMIEGELOW (*Hospital-Tidende, Copenhague*, 26 *mars* 1884).

1er *cas.* Femme de 26 ans. Hypertrophie diffuse de la muqueuse et du tissu sous-muqueux du pharynx et du larynx depuis 7 ans, nécessitant l'emploi d'une canule trachéale. Laryngites répétées depuis l'enfance. Pas d'hémoptysies ; pas de syphilis. Les arcs palatins, la luette, la paroi postérieure du pharynx ont subi un épaississement régulier énorme, résistant, fibreux, ainsi que les ligaments ary-épiglottiques, l'épiglotte, les fausses cordes, celles-ci tellement grosses qu'on ne peut apercevoir les vraies. Ce second cas après celui de Türck est curieux en ce sens que les causes ordinaires des sténoses (lupus, syphilis, tuberculose, lèpre, blennorrhée de Stœrk) doivent être complètement éliminées. Voici comment l'auteur l'interprète : Le malade, scrofuleux, a été atteint de laryngites répétées ; la prolifération cellulaire dans la muqueuse et la couche sous-muqueuse du larynx et du pharynx a été toujours en augmentant et surtout brusquement à la suite d'un érysipèle de la face, comme il arrive à la suite des maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, par exemple.

2e *cas.* Garçon de 14 ans : la sténose est produite par une chordite inférieure hypertrophique survenue brusquement le 22e jour d'une fièvre typhoïde.

Les 2 malades ont été dilatés par les balles métalliques de Schrötter.

R. C.

Destruction au galvano-cautère à travers une plaie de trachéotomie d'une tumeur remplissant la trachée. Guérison, par P. PIENIAZEK (*Przeglad lekarski Cracovie* 1 *et* 2 1884).

Tumeur sous-glottique chez une jeune fille produisant depuis un an de la dyspnée et des accès de suffocation. Rouge et arrondie, elle naissait de la paroi postérieure et remplissait presque complètement sauf une petite fente le larynx d'ailleurs sain. Trachéotomie.

Une ponction exploratrice indique que la tumeur est solide, c'est un fibrome ou un sarcome. Pour ne pas nuire à la voix, l'auteur renonce à ouvrir le larynx. L'opération endo-laryngée étant impossible, il a recours à des cautérisations par la plaie trachéale, toutes les semaines, à l'aide d'un galvano-cautère courbe. Le pédicule est enfin détruit à l'aide d'un cautère très fin sous le contrôle d'un petit miroir trachéal. Au bout de quelques mois, pas de récidive : on enlève la canule. Voix normale, respiration libre.

R. CALMETTES.

Ein Fall von Kehlkopf-Exstirpation bei einem 72 jährigen Manne, par H. LEISRINK (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 5, *p.* 70, 4 *février* 1884).

Homme de 72 ans. Larynx très augmenté de volume et douloureux à la pression. Pas de ganglions.

Au laryngoscope, tumeur ulcérée, partie du côté gauche et remplissant presque tout le calibre du conduit.

Trachéotomie suivie de l'introduction de la canule-tampon de Michael.

Cinq jours plus tard, extirpation du larynx, d'après le procédé de Gussenbauer.

L'épiglotte sain est laissé en place. Pansement de gaze au sublimé.

Aucune fièvre consécutive. Le cinquième jour, ablation de la canule-tampon qui est trop douloureuse.

Le vingt-deuxième jour, essai d'application d'un larynx artificiel de Gussenbauer en caoutchouc durci, après destruction, avec le doigt, des bourgeons charnus qui ont végété au niveau de la plaie. L'opéré parle bien, mais il lui est impossible de garder l'appareil.

Le larynx d'argent de Bruns est mieux toléré, mais il ne permet pas la parole.

Finalement, Leisrink recourt à un larynx de Bruns avec canule vocale de Gussenbauer. Au bout de deux mois, le malade peut commencer à manger les aliments en consistance de bouillie, sans l'aide de la sonde.

Quatre mois après l'opération, il succombe à une pneumonie franche sans avoir présenté trace de récidive de son affection cancéreuse (*R. S. M.*, IV, 306; VI, 319; VII, 300 et 735; IX, 298 et 300; XI, 271; XVIII, 294, 295 et 296; XX, 711; XXII, 744, 745 et 717; XXV, 338 et 339). J. B.

Ein Ueberblick über die von der Kehlkopfexstirpation bis heute gewonnenen Resultate (Les résultats de l'extirpation du larynx), par G. ZESAS (*Arch. f. klin. Chir., XXX, p.* 665, 1884).

L'auteur a réuni 70 observations d'extirpation du larynx et se demande si les résultats donnés par ces opérations justifient la condamnation qu'ont prononcée contre elle quelques chirurgiens. Voici les résultats immédiats :

			Guéris	Morts	Résultat inconnu
Opérés pour :	Cancer du larynx.....	60 cas	15	42	3
	Sarcome du larynx....	5	2	3	
	Rétreciss. syphilitique.	1	»	1	
	Périchondrite..........	1	»	1	
	Tuberculose...........	1	»	1	
	Polype................	1	1		
	Papillome	1	1		
	Total.......	70	19	48	3

Quant aux résultats définitifs qui doivent, quand il s'agit d'une extirpation de tumeur, être le critérium de l'opération, ils sont excellents dans les cas de néoplasie bénigne (polype, papillome). Il n'en est pas de même quand il s'agit de tumeurs malignes; cependant dans cinq cas de sarcome il y a eu 2 guérisons définitives (Caselli, Bottini) et les trois autres opérés ont succombé de 7 à 18 mois après l'opération, 2 de récidive et 1 de phtisie pulmonaire; cette statistique est peu nombreuse, mais elle est certainement encourageante. Sur les 60 opérés de cancer, il y a bien 42 morts, mais le chiffre de 15 guérisons est encore très remarquable si l'on songe que les malades sont fatalement voués à la mort. L'intervention dans ce cas est d'autant plus justifiée que le cancer primitif du larynx n'est le plus souvent pas suivi de généralisation (Ziemssen). Seulement l'opération doit être rationnelle et rationnellement conduite, c'est-à-dire pratiquée au début de l'affection, autant que pos-

sible avant la participation des ganglions lymphatiques, et elle devra comprendre toutes les parties malades, y compris les ganglions; elle est contre-indiquée chez le vieillard en raison des complications qui surviennent du côté des bronches et de la facilité des récidives ganglionnaires. Le plus âgé des opérés guéris avait 67 ans. DE SANTI.

Eine eigenthümliche Missbildung des rechten Ohres mit intactem Labyrinthe (Malformation prrticulière de l'oreille avec intégrité du labyrinthe), par S. MOOS (*Zeitschr. für Ohrenh, XIII, p.* 253).

Sur une des oreilles, on constatait que le pavillon était renversé en avant dans la partie moyenne et recouvrait le tragus avec adhérence aux parties molles, de telle sorte que au-dessus et au-dessous on trouvait une dépression en cul de sac. La perception abolie pour la voix existait encore pour une montre ordinaire et les différents diapasons. R. C.

Mumps as a cause of sudden deafness, par L. CONNOR (*Am. Journ. of the med. sc., p.* 401, *octobre* 1884).

L'auteur de ce mémoire joint à une observation personnelle le résumé de 32 autres observations actuellement publiées. Sur ces 33 cas, la surdité fut rapportée 28 fois à une affection primitive du labyrinthe, 5 fois à une otite moyenne.

Dans la grande majorité des faits, la surdité ourlienne paraît donc relever d'une lésion du labyrinthe, débutant quelquefois par le limaçon, plus fréquemment par les canaux demi-circulaires. Le point important serait d'examiner les malades dès les premiers troubles auditifs, de façon à s'assurer que l'affection ne se propage pas de la parotide au labyrinthe par l intermédiaire de l'oreille moyenne. Dans ce dernier cas seulement on pourrait espérer prévenir une surdité définitive.

A. CHAUFFARD.

Einseitige Lähmung zahlreicher Hirnnerven (Paralysie unilatérale de plusieurs nerfs craniens), par NOTHNAGEL et KUNDRAT (*Soc. des méd. de Vienne,* 22 *février et* 2 *mai* 1884).

Nothnagel a présenté, comme comparable au fait de Bamberger (*R. S. M.*, XXIV, 140), l'observation d'une femme atteinte de paralysie de plusieurs nerfs craniens d'un seul côté. L'auteur, repoussant l'hypothèse d'une lésion cérébrale, attribuait ces désordres à une méningite de la base, d'autant plus que le sujet était tuberculeux et offrait en même temps des signes de méningite cervicale (raideur du cou, sensibilité à la pression des premières vertèbres dorsales).

Kundrat a fourni l'explication anatomique des phénomènes en pratiquant l'autopsie, il a trouvé, à la base, des abcès dont le point de départ était une otite moyenne gauche; il y avait eu consécutivement nécrose du rocher, nécrose de la moitié gauche de l'apophyse basilaire et du condyle gauche de l'occipital.

Voici les signes cliniques : en avril 1883, céphalalgie, douleurs faciales suivies d'otorrhée et de surdité à gauche. Dix mois plus tard, paralysie de l'hypoglosse, du spinal, du pneumo-gastrique, du glosso-pharyngien à gauche. Surdité absolue du même côté, absence de perception des vibrations osseuses, ce qui indique la paralysie du nerf acoustique.

Parésie du facial et paralysie du moteur externe. Paralysie de la portion supérieure du trijumeau.

De plus, neuro-rétinite bilatérale sans diminution de l'acuité visuelle ; ophtalmie neuro-paralytique à gauche.

Rien aux membres. Impossibilité de fléchir la tête. L. GALLIARD.

Clinical cases of ear disease, par James-Patterson CASSELS (*Edinb. med. journ.*, *p.* 28, *juillet* 1883).

Ces observations offrent de l'intérêt, en ce qu'elles montrent la carie de l'apophyse mastoïde susceptible de se produire à la suite d'une otite moyenne, même à un âge peu avancé.

L'observation 1re concerne une petite fille de 5 ans, qui à la suite d'une otite purulente double, présentait une fistule mastoïdienne du côté gauche. On dut inciser largement, sous le chloroforme, l'apophyse mastoïde, la trépaner et la drainer : des injections d'acide borique à saturation firent bientôt tarir la suppuration ; mais il y eut, quelques mois plus tard, un nouveau séquestre à enlever.

Obs. 2. Rougeole en 1879 chez une enfant de 7 ans, otite purulente droite, devenue chronique. Symptômes alarmants en 1881, apparence comateuse, gonflement périostique. Large incision de l'apophyse mastoïde, soulagement marqué, guérison apparente; mais quatre mois plus tard, extraction de l'apophyse nécrosée.

Les deux dernières observations sont semblables, et ont trait à des enfants de 16 ans. H. R.

Ueber eine Methode zur mecanischen Behandlung der chronischen Beweglichkeitsstörungen im schalleitendem Apparat des Gehörorgans (Sur une méthode de traitement mécanique de l'immobilité de la chaîne des osselets), par R. LUCÆ (*Archiv für Ohrenh. XXI, p.* 84).

Il s'agit de pressions exercées directement sur la petite apophyse du marteau : de cette façon, dans les lésions chroniques de la caisse avec rigidité de la chaîne, on peut agir sur celle-ci plus énergiquement qu'à l'aide de la douche d'air qui n'agit que sur la membrane tympanique. L'auteur se sert d'une petite tige à ressort terminée par une cupule garnie de caoutchouc dans laquelle peut s'emboîter la petite apophyse et à laquelle on peut imprimer des mouvements de piston. Sur 44 malades, le résultat a été le suivant : négatif 7 fois, assez bon 14, bon 10, très bon 13. R. CALMETTES.

Ueber das Vorkommer von Tuberkelbacillen bei Otorrhöen (Sur la présence des bacilles de la tuberculose dans l'otite suppurée), par J.-S. NATHAN (*D. Arch. f. klin. Med., Band. XXXV, Heft* 5, *p.* 491).

L'auteur a recherché les bacilles de la tuberculose par la méthode d'Ehrlich dans 40 cas d'otite suppurée. Douze fois il a rencontré les bacilles caractéristiques. Dans 9 de ces cas, il s'agissait de tuberculeux porteurs de lésions pulmonaires non douteuses. Dans 3 cas, l'examen des poumons ne révélait rien de particulier. Il est donc hors de doute que cette lésion de l'oreille moyenne, et souvent des cavités adjacentes, est de même nature que les lésions pulmonaires. Toutefois il faut noter

que les bacilles étaient en petit nombre, ce qui correspond à ce qu'on a vu d'autre part dans les arthrites suppurées, et les lésions dites scrofuleuses. Il y a donc là un élément spécial, un défaut de relations entre l'intensité des désordres et le nombre des parasites. A. MATHIEU.

Des altérations de l'ouïe dans le rhumatisme blennorragique, par HERMET (*Union médicale*, 25 décembre 1884).

Un homme de 35 ans a eu, de 1876 à 1882, cinq blennorragies, toutes compliquées de conjonctivites et d'arthrites généralisées, durant 40 à 60 jours. Dans le cours de la dernière blennorragie, qui avait une marche des plus chroniques, et datait de plusieurs mois, le malade éprouva soudain, fin décembre, des maux de tète et des bourdonnements intenses, le moindre bruit provoquait de vives douleurs auriculaires, en même temps les arthralgies disparaissaient, l'examen au spéculum fut alors presque négatif; les choses restèrent dans l'état quinze jours; le 15 janvier, les phénomènes auriculaires disparaissent soudain; mais le 16, les deux cous-de-pied sont gonflés et douloureux; le 23, les arthrites s'évanouissent; les oreilles sont le siège des mêmes phénomènes que précédemment, et de plus, le malade ne distingue plus que confusément la conversation entre plusieurs personnes. Depuis ce moment, il y eut une série d'alternances entre les douleurs tibio-tarsiennes et les douleurs auriculaires jusqu'en avril 1884. L'auteur admet qu'il y avait une arthrite de la chaîne des osselets. H. L.

Ueber den Bau der Ohrpolypen (De la structure des polypes de l'oreille), par J.-B. WEYDNER (*Zeitschr. für Ohr., XIV, p.* 6, 1884).

L'examen a porté sur 73 tumeurs. La cause des polypes était 8 fois une otite moyenne suppurée aiguë, et le néoplasme siégeait 5 fois sur la membrane tympanique, 2 fois sur les parois du conduit auditif, pas une seule fois sur la muqueuse de la caisse. Il y avait 61 cas d'otite moyenne suppurée chronique, dont 10 localisés dans la région de la membrane de Shrapnell. 25 polypes provenaient de la caisse, 13 du conduit et 13 de la membrane tympanique. 4 fois, il y avait, par suite de corps étrangers et de bouchons de cérumen, des végétations dans le conduit sans otite moyenne. Les hommes fournissaient une plus grande proportion que les femmes.

33 polypes étaient de simples tumeurs de granulations (cellules rondes et nombreux vaisseaux); 23 contenaient, outre les cellules rondes et fusiformes, un tissu conjonctif rare; dans 8 cas seulement ce tissu prédominait. 5 polypes appartenaient aux tumeurs vasculaires, 1 lymphagiome, une télangiectasie et 3 angiomes caverneux. Ces 3 tumeurs qui ressemblaient à un caillot, ne se composaient que d'hématies occupant des vaisseaux et des espaces caverneux, 4 polypes étaient des tumeurs épithéliales; on trouvait encore un petit cholestéatome du conduit provoqué par la présence d'un vieux bouchon cérumineux, une verrue du tragus, un tumeur verruqueuse du conduit cartilagineux et enfin un adénome composé d'une énorme quantité de glandes sébacées à la suite d'une otite moyenne suppurée. Sur les 73 polypes, 46 étaient en dégénérescence. Trois fois ils renfermaient le manche du marteau partiellement ou tout entier. Il est impossible de les enlever alors sans lui; et son extraction est souvent suivie d'un excellent résultat. Une fois, le manche du mar-

teau avait subi un ramollissement par transformation myxomateuse de son tissu.

On voit en que résumé le plus grand nombre des polypes est associé à l'otite moyenne suppurée : ce sont de simples granulations des plaies avec cette différence, qu'ils sont souvent revêtus d'épithélium. Les vieux polypes subissent la transformation conjonctive, mais dans les plus anciens on retrouve encore des cellules rondes, surtout à la périphérie. Quand l'otorrhée manque, on trouve à peu d'exceptions près une autre cause irritante des parois. Tout polype est donc ordinairement d'abord une tumeur de granulations qui tend à la transformation conjonctive bien que souvent elle n'y parvienne pas. Les troubles de nutrition qu'ils subissent, arrivés à une certaine grosseur, les empêchent de s'accroître indéfiniment, grâce aux nombreuses altérations de leurs vaisseaux, à l'œdème, à l'accroissement de la substance intercellulaire, à la dégénérescence myxomateuse, à la tuméfaction des noyaux et l'effacement des nucléoles, aux infarctus, au pigment. La transformation conjonctive se fait de l'axe vers la périphérie. Le revêtement épithélial manquait dans un tiers des cas et principalement sur les petites tumeurs, lisses, arrondies, entourées d'un tissu plus dense. La nature de l'épithélium ne correspondait pas toujours à celle du point d'origine du polype, surtout pour les anciens.

R. CALMETTES.

Résection de l'apophyse mastoïde avec remarques sur la technique, les indications, par O. WANSCHER (*Hospital-Tidende*, 23 *et* 30 *janvier* 1884).

1er cas. Diagnostic : mastoïdite tuberculeuse. Jeune homme de 22 ans. Depuis 6 mois, surdité et douleurs dans l'oreille droite. Pas de bourdonnements. Parfois un peu de fièvre ; rien dans la caisse et la trompe sauf un peu de rougeur de la membrane. Région mastoïdienne : ganglion gros comme un pois. Incision, grattage, la glande était tuberculeuse. Quatre jours après, résection de l'apophyse à l'aide de la gouge et du maillet ; à 3/4 de centimètre environ de profondeur, foyer de granulations tuberculeuses, curage avec la cuiller tranchante. Pansement au sublimé et à l'iodoforme. Guérison en 2 mois. Disparition des douleurs et retour de l'ouïe.

2e cas. Mastoïdite suppurée. Jeune homme de 23 ans. Otite moyenne suppurée gauche avec perforation. Au bout de 2 mois, douleurs atroces dans la moitié gauche de la tête, œdème considérable de la région temporale correspondante, amblyopie puis cécité gauche, sans aucun autre symptôme et avec intégrité du fond de l'œil. Gonflement mastoïdien. Ouverture à la gouge. Issue abondante de pus, cellules mastoïdiennes remplies de granulations molles enlevées à la curette. Immédiatement, sensation de bien-être, disparition des douleurs et des symptômes oculaires. Le lendemain érysipèle qui dure 6 jours puis ouverture d'un abcès sous le temporal. Le malade se lève 15 jours après l'opération.

Pour l'auteur, l'amblyopie était de nature réflexe.

R. C.

I. — Ein Fall von partieller Ablösung der Orhmuschel (Détachement partiel du pavillon de l'oreille), par KÜHN (*Soc. des naturalistes et médecins allemands à Fribourg*, 1883).

II. — Zwei Fälle von Eröffnung des Warzenfortsatzes). Deux cas d'ouverture de l'apophyse mastoïde), par le même (*Ibidem*).

I. Enfant de 6 ans. Caillou lisse dans l'oreille droite. Enfoncement

dans la caisse à travers la membrane tympanique par des manœuvres brutales. Au bout de huit jours, on constate une otorrhée profuse avec perforation dans la moitié antérieure de la membrane, gonflement, etc. Tentatives d'extraction sous le chloroforme. Insuccès. Incision longue de 4 centimètres allant du bord supérieur du pavillon au sommet de l'apophyse mastoïde. Décollement du pavillon et du conduit cartilagineux d'avec le conduit osseux sur deux tiers de son pourtour. Extraction facile avec une petite pince. 4 sutures, drain dans le conduit. Guérison de la plaie le 6e jour; au bout d'un mois d'emploi de l'acide borique, otorrhée réduite à un degré insignifiant et guérie tout à fait au bout de trois mois. Fermeture de la perforation, pas de rétrécissement.

II. — Dans le premier cas (récidive), l'auteur trouva dans l'os un drain qui avait glissé dans la profondeur; dans le deuxième cas, abcès volumineux au dessous de l'apophyse. Ouverture de l'apophyse dont la paroi interne offrait 2 fistules par lesquelles le pus avait fusé entre les muscles du cou. Caisse remplie de pus sans communication avec l'apophyse, paracentèse, guérison. R. CALMETTES.

Ein Fall von Neuralgie, durch Exostosenbildung im aüsseren Gehörgang bedingt (Exostoses de l'oreille), par MOOS (*Berliner klin. Wochens.*, *n° 8, p.* 116, 25 *février* 1884).

Femme atteinte de rhumatisme articulaire chronique ambulant et ayant eu depuis dix ans trois otorrhées purulentes. Il y a quelques mois, sans aucun nouvel écoulement, le conduit auriculaire droit est devenu gonflé et sensible. Puis sont apparus de violents paroxysmes douloureux, revenant tout à fait irrégulièrement le matin ou le soir, mais augmentant toujours plus d'intensité, de fréquence et de durée. La névralgie affecte tout spécialement la mâchoire supérieure droite, de sorte que toute deglutition est impossible de ce côté.

A l'examen de l'oreille, Moos constate l'existence de trois exostoses grosses comme des pois, placées à peu près au même niveau sur chacune des trois parois du canal, qu'elles obstruent presque entièrement en ce point. L'exostose posterieure était le point de depart des douleurs. Immédiatement après son extirpation, les douleurs cessent définitivement.

Moos fait remarquer que bien que l'irritation portât ici sur un rameau de la troisième branche du trijumeau, la névralgie occupait surtout la deuxième branche de ce nerf. J. B.

Du traitement du retrécissement de la trompe d'Eustache par la méthode de l'électrolyse, par GELLÉ (*Soc. de Biol.*, 16 *mars* 1884 *et Trib. méd.*, 23 *mars* 1884).

L'auteur a appliqué l'électrolyse comme moyen curatif dans un certain nombre de cas de rétrécissement de la trompe d'Eustache.

Dans quatre cas, il a vu la stricture céder en tout ou en partie, et la circulation de l'air redevenir possible par le procédé de Politzer, mais non pas la déglutition : sur plusieurs autres malades, chez lesquels les lésions étaient sans doute plus accusées, les résultats ont été moins favorables. OZENNE.

REVUE GÉNÉRALE.

DES RELATIONS DU TABES DORSAL ET DE LA SYPHILIS,

Par E. RICKLIN.

Consulter les ouvrages suivants :

Handbuch der Pathologie und Therapie, 2te Auflage par **Wunderlich**. — Die krankhaften Geschwülste, par **R. Virchow** (*Band. II, p.* 438 *et* 461, 1864). — Ueber die Aetiologie der Tabes dorsalis, Inaugural-dissertation, par **E. Schultze** (*Berlin*, 1867). — Clinical aspects of syphilis nervous affections, par **Buzzard**, 1873-1874. — De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique, par **F. Fournier**, leçons recueillies par **F. Dreyfus** (*Archives de dermatologie et de syphiligraphie*, 1875-1876, *tome VII, p.* 187). — Des myélites syphilitiques, par **Caizergues** (*Thèse de Montpellier*, 1878). — Aphasia and ataxia of syphilitic origin, par **Drysdale** (*Londres*, 1878). — Zur Aetiologie der Tabes, par **O. Berger** (*Breslauer aertzliche Zeitschrift, April* 1879). — Zur Pathologie der Tabes dorsalis, par **Erb** (*Deutsches Archiv für klin. Medicin, Bd. XXIV, H.* 1, *p.* 1, 1879). — Recherches statistiques sur l'étiologie de l'ataxie locomotrice progressive, par **J. Ferry** (*Thèse de Paris*, 1879). — Beitraege zur Aetiologie, Symptomatologie und Diagnose der Tabes dorsalis, par **Gesenius** (*Inaugural-Dissertation Halle*, 1879). — Syphilitic neuroses, par **Gowers** (*British medical journal*, 1er *mars* 1879, *vol. I, p.* 304). — Étude critique sur les localisations spinales de la syphilis, par **J. Julliard** (*Paris*, 1879). — Maladies du système nerveux, par **Vulpian** (*Paris*, 1879, p. 245). — Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central, par **Ch. Chauvet** (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1880). — Un cas d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique, par **Estorç** (*Comptes rendus de l'Association française pour l'avancement des sciences, congrès de Reims, p.* 404, 1880). — Zur Aetiologie der Tabes dorsalis, par **Lothar Meyer** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Bd. XI, H.* 1, *p.* 252, 1880). — Ueber die Beziehungen der Lues zur Tabes dorsalis, etc., par **C. Westphal** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr. Bd. XI, H.* 1, *p.* 230, 1880). — Note on the relations between syphilis and locomotor ataxy, par **Althaus** (*The Lancet*, 7 *septembre* 1881). — Zur Aetiologie, Prognose nd

Therapie der Tabes, par **Benedikt** (*Wiener Presse, n°s 1-5, 1881*). — Etiologie du tabes dorsal, par **Dreyfus-Brisac** (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 30 *septembre* 1881). — Tabes und Syphilis, par **W. Erb** (*Centralblatt für die med. Wissenschaften, n°s* 11 *et* 12, 1881). — Syphilis and locomotor ataxy, par **Gowers** (*The Lancet,* 15 *janvier* 1881). — Tabes et syphilis, discussion au congrès de Londres, par **Lancereaux**, (*France médicale*, 23 *août* 1881). — Syphilis und Tabes dorsalis, par **A. Reumont** (*Aachen*, 1881). — Zur Charakteristik der Myelitis und Tabes nach Lues, par **Rosenthal** (*Wiener mediz. Presse*, 1881, *n°s* 3 *à* 9). — Ein Beitrag zur Tabes-syphilisfrage, par **Th. Rumpf** (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 36, 1881). — Étude sur les myélites syphilitiques, par **P. Savard** (*Thèse de Paris*, 1881, *n°* 447). — Syphilis et Tabes, par **P. Spillman** (*Revue médicale de l'Est*, 15 *décembre* 1881). — Syphilis und Tabes dorsalis, par **Voigt** (*Berliner klin. Woch.* 1882, *n°s* 39 *et* 40). — On the association of Tabes dorsalis with syphilis, par **Buzzard** (*The Lancet,* 10 *juin* 1882). — De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (Tabes spécifique), par **A. Fournier** (*Paris*, 1882). — Note on the curability of tabes dorsalis, par **Long Fox** (*The Lancet*, 7 *janvier* 1882). — Ueber Rückenmarksyphilis, par **G.-F. Greiff** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr. Bd. XII, H.* 3, *p.* 664, 1882). — In wie weit ist Syphilis Ursache der Tabes und was erreicht man mit einer antisyphilitischen Behandlung dieser Krankheit (Communication a la société de médecine interne de Berlin), par **Leyden** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1882, *n°* 1, *p.* 110). — Discussion par **Bernhardt, Beuster, Ewald, Köbner, Litten.** — Du rôle de la syphilis dans l'ataxie locomotrice, par **J.-L. Prevost** (*Genève* 1882). — Ueber die Beziehungen zwischen Lues und Tabes, par **Pusinelli** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Bd. XX, H.* 3, *p.* 706, 1882). — Statistiche Mittheilungen ueber 35 Faelle von Tabes dorsalis, par **E. Rehlen** (*Inaugural-Dissertation München*, 1882). — Ueber syphilitische Rückenmarksaffectionen, par **Rinecker** (*Neurologisches Centralblatt, n°* 13, *p.* 311, 1882). — Zur Pathologie und Therapie der Tabes dorsalis, par **Th. Rumpf** (*Neurologisches Centralblatt, n°* 21, *p.* 1882). — Two cases of locomotor ataxy with anomalous symptoms with especialy reference to the syphilitic origin of the disease and its treatment by iodure of potassium, par **Shingleton Smith** (*British med. Journal*, 4 *novembre* 1883). — L'ataxie locomotrice est-elle d'origine syphilitique? par **Ch. Abadie** (*Union médicale*, 18 *février* 1883). — Les différents degrés d'altérations anatomiques des cordons médullaires postérieurs, considérés dans leurs rapports avec la curabilité de l'ataxie locomotrice, par **Desnos** (*Mémoires de la Société médicale des hôpitaux, p.* 11, 1883). — Ataxie d'origine syphilitique, observation communiquée a la Société médicale des hôpitaux (séance du 12 juin 1883), par **Desplats.** — Discussion par **Debove, Dujardin-Beaumetz, Guyot, Martineau, Vidal** (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1883 *p.* 159-173).—Observation de tabes dorsalis d'origine manifestement syphilitique, par **Dubuc** (*Union médicale,* 1er *avril* 1883). — Zur Aetiologie der Tabes dorsalis, par **W. Erb** (*Berliner klin. Wochenschrift, n°* 32, 1883). — Des rapports de l'ataxie locomotrice avec la syphilis, par **de Ranse** (*Gazette médicale de Paris*, 1883, *p.* 160, 173, 184, 194). — Du role de l'hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice, par **Ballet et Landouzy** (*Annales médico-psychologiques, p.* 29, 1884). — Ueber die aetiologischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes, par **O. Berger** (*Tageblatt der 57ten Versammlung deutscher Naturförscher und Aerzte zu Magdeburg*, 1884). — Beitrag zur Pathologie der multiplen Neuritis, par **L. Hirt** (*Neuro-

logisches Centralblatt, n° 21, 1884). — THE CURABILITY OF LOCOMOTOR ATAXIA, ETC., par **C.-H. Hughes** (*The Alienist and Neurologist*, p. 520, 1884). — AETIOLOGIE DER TABES, par **Oppenheim**. — COMMUNICATION A LA SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE BERLIN (*Neurologisches Centralblatt*, 1884, n° 7, p. 165 *et* n° 11, p. 260). — DISCUSSION, par **Bernhardt**, **Lewin**, **Remak**, **Westphal** (*Ibidem*). — UEBER TABES DEI WEIBERN, par **Mœbius** (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 188, n° 9).— NEUE FAELLE VON TABES BEI WEIBERN, par **le Même** (*Ibidem*, n° 20). — ANALYSIS OF SEVENTY FIVE CONSECUTIVE CASES OF POSTERIOR SPINAL SCLEROSIS WITH SPECIAL REFERENCE TO A SYPHILITIC ORIGIN, par **C. Seguin** (*Archives of Medicine, vol. XII, p.* 71, 1884). — ARTICLE : TABES DORSALIS, par **F. Raymond**, (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3° *série*, *T.* XV, *p.* 288-416, 1885). — BEITRAEGE ZUR AETIOLOGIE UND THERAPIE DER TABES DORSUALIS NAMENTLICH UEBER IHRE BEZIEHUNGEN ZUR SYPHILIS, par **Rosenthal** (*Virchow's Archiv*, *Bd. XCIX*, *H.* 1, *p.* 18, 1885).

L'étude des maladies du système nerveux a tenu et tient encore une place considérable, prépondérante, dans le mouvement médical de notre époque. Si elle a été féconde en résultats de tout ordre, plus d'un des problèmes qu'elle a soulevés attend encore une solution ; telle la question des rapports de la syphilis et du tabes, une de celles qui dans ces dernières années a le plus occupé l'attention des neuropathologistes.

Cette question a été posée sans bruit, il y a quelque trente ans, par Wunderlich. En parlant des lésions spinales qui peuvent se développer sous l'influence de la syphilis, Wunderlich (1854) mentionnait à côté des paraplégies permanentes communes, les formes tabétiques de la paralysie spinale.

Dix ans plus tard (1864), Virchow, dans son *Traité des tumeurs*, et à propos de deux cas de tabes dorsal en cours d'observation dans le service de Frerichs, fut conduit à émettre cette opinion : que maint cas de tabes devait avoir eu pour cause la syphilis.

En 1867, Schulze, de Berlin, dans sa thèse inaugurale sur l'étiologie du tabes dorsalis, travail d'une grande valeur, a rapporté une série d'observations de tabes où, en fait d'influences étiologiques, on n'avait pu relever dans les commémoratifs des malades autre chose que l'aveu d'une syphilis antérieure.

Enfin, en 1871, Buzzard, de Londres, se prononçait pour l'existence d'un tabes d'origine syphilitique, opinion que le médecin anglais a modifiée depuis, pour des raisons que nous dirons.

A vrai dire, la doctrine du tabes syphilitique ne prit corps qu'à partir du jour où A. Fournier, en France, s'en fut érigé l'ardent défenseur, dans ses leçons cliniques de l'hôpital de Lourcine (1875).

Avec beaucoup de talent et non moins de persévérance, Fournier a entrepris une véritable croisade pour faire prévaloir cette doctrine, qu'il formula d'abord en ces termes : « La syphilis, alors qu'elle affecte un cer-« tain département de la moelle, est susceptible de déterminer une « ataxie locomotrice progressive. »

Les leçons de Fournier ont eu un retentissement considérable, à en juger par l'intérêt que les neuropathologistes, à l'étranger plus encore qu'en France, ont porté depuis à la question d'étiologie posée en termes si nets par notre compatriote. Elles ont fait surgir une foule de publica-

tions réduites pour la plupart à de simples statistiques et destinées à faire de la lumière sur cette question des rapports de la syphilis et du tabes. On verra par ce qui va suivre, dans quelle mesure insuffisante ce but a été atteint.

Toujours est-il qu'en 1882, le professeur Fournier mettant à profit les documents parus jusqu'alors, joints aux résultats de son observation personnelle, crut devoir accentuer son opinion première ; dans son enseignement de l'hôpital Saint-Louis, il n'hésita pas à émettre cette proposition radicale : « Que pour l'énorme majorité des cas, l'ataxie locomo- « trice constitue une manifestation de provenance syphilitique. »

Formulée en ces termes nets et catégoriques, la doctrine du tabes syphilitique est loin d'avoir rencontré un accueil favorable auprès de tous ceux qui, par leur situation et leurs études antérieures, étaient à même de la juger avec une certaine compétence. Un conflit d'opinions s'est élevé, qui subsiste encore. Dès l'origine du débat, le professeur Leyden, de Berlin, a formulé une proposition diamétralement opposée à la doctrine de Fournier. Dans le cours d'une discussion sur les rapports de la syphilis et du tabes, qui s'est élevée au sein de la Société de médecine de Berlin, Leyden a pris position en déclarant que, pour lui, « la syphilis « devait être écartée de l'étiologie du tabes ». Tel est aussi l'avis de Lancereaux en France.

La plupart des auteurs qui se sont prononcés sur cette question ont pris rang entre ces deux opinions extrêmes, défendues l'une par Fournier, l'autre par Leyden ; ceux-là n'admettent l'influence de la syphilis sur le développement du tabes que sous certaines réserves ou n'y veulent voir qu'une circonstance prédisposante, préparant le terrain à l'action pathogène des causes occasionnelles, créant une sorte de réceptivité morbide, qui rend les centres nerveux plus vulnérables à l'égard des causes vulgaires de maladie.

Bref, comme l'a fait remarquer F. Raymond dans son récent article, Tabes dorsalis, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, les avis sur cette question des rapports de la syphilis et du tabes se départagent actuellement de la façon suivante :

Pour les uns, la syphilis est la cause prochaine et directe du tabes ; les lésions spinales, bulbaires et autres qui caractérisent cette dernière maladie sont des lésions spécifiques, au même titre qu'une gomme du cerveau, par exemple.

Pour d'autres, la syphilis intervient dans l'étiologie du tabes dorsalis, comme une simple cause prédisposante ; elle détériore l'ensemble de l'organisme et particulièrement les centres nerveux, qu'elle rend plus impressionnables aux influences nocives de tout ordre.

Pour d'autres enfin, la syphilis n'a aucune relation de causalité avec le tabes. Quand le tabes dorsalis classique se développe chez un sujet qui a eu la syphilis, c'est affaire de pure coïncidence.

Nous tenons à déclarer dès l'abord, qu'à nos yeux la question étiologique dont nous venons de faire connaître les termes n'est pas encore suffisamment mûrie pour qu'on puisse porter sur elle un jugement définitif. Nous l'avons dit déjà : c'est principalement avec des données ressortissant à la statistique, qu'on a poursuivi la solution du problème. Or les statistiques dressées dans ces dernières années, en vue de faire con-

naître la fréquence des antécédents syphilitiques chez les malades affectés du tabes portent trop souvent l'empreinte d'un parti pris manifeste; une grande partialité pèse sur les conclusions qu'on a tirées de l'appréciation des chiffres ainsi réunis. Aux yeux des partisans plus ou moins avérés de la doctrine du tabes spécifique, le nombre dit tout ; il suffit que la syphilis ait, dans un grand nombre de cas, précédé le tabes, pour que la preuve soit faite de la filiation des deux maladies. Et pour donner aux chiffres plus d'ampleur et de poids, on a mis souvent une complaisance étonnante à diagnostiquer des syphilis dans un passé lointain, en se basant sur de simples commémoratifs, à qualifier de syphilitiques, des accidents (chancre mou, boutons sur la verge, gonorrhée, etc.) dont la nature véritable prêtait matière à contestation. A propos de ce dernier point, on constate un accord touchant entre les unicistes, et les partisans de la doctrine dualiste aux yeux desquels le chancre mou n'a rien à voir avec la syphilis.

Dans ces conditions, il devenait facile à ceux qui repoussent la doctrine du tabes spécifique, de dresser des statistiques dans lesquelles la proportion des malades ayant eu antérieurement des accidents constitutionnels est beaucoup moins élevée, voire insignifiante. Quand on considère, d'autre part, que dans ces prétendus cas de tabes syphilitique, ni le mode d'évolution de la maladie, ni sa phénoménalité, ni la nature des lésions trouvées *post mortem* ne trahit l'empreinte de la maladie constitutionnelle, quand on considère que les résultats thérapeutiques attribués à l'emploi du traitement spécifique sont très discutables et se réduisent à des améliorations de symptômes, à des amendements plus ou moins durables, on comprendra les dénégations et les hésitations des uns, en présence des affirmations tranchantes, souvent peu fondées, des autres.

Nous n'avons pas la prétention de concilier ces opinions contradictoires. Le but de ce travail est beaucoup plus modeste. Nous avons voulu surtout réunir les principaux documents qui pourront permettre à chacun de se faire une idée exacte de l'état actuelle de cette question litigieuse des rapports de la syphilis et du tabes.

Il importe d'abord de fixer la manière dont A. Fournier a poursuivi la solution du problème, dans son livre sur l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique, le plus important des travaux parus sur la matière.

Pour juger, suivant l'expression de Fournier, le procès de l'ataxie syphilitique, pour trancher le point de savoir *s'il existe des raisons suffisantes permettant de rattacher en certains cas l'ataxie à la syphilis comme un symptôme à sa cause originelle*, il y avait lieu de résoudre trois questions préjudicielles, à savoir :

1° Est-il vrai que la syphilis figure fréquemment dans les antécédents de l'ataxie ?

2° Sous quelles formes cliniques se présente l'ataxie qui succède à la syphilis (et, ajoute Fournier, qu'on est en droit de considérer comme une manifestation de la diathèse) ?

3° Quel profit, quelle action thérapeutique les malades affectés d'un tabes, qu'on est en droit (toujours suivant Fournier) d'imputer rationnellement à la syphilis, ont-ils à attendre du traitement anti-syphilitique ?

I

Nous intervertirons l'ordre des questions, nous aborderons d'abord la seconde, parce que, sur celle-là, l'accord est fait et qu'il n'y a que deux mots à en dire ; l'ataxie syphilitique n'a pas de symptômes propres, spéciaux, — elle ne diffère pas du type morbide décrit sous le nom d'ataxie locomotrice en tant que *qualité, essence de symptômes.* Ce sont les propres termes dont s'est servi Fournier dans la réponse qu'il a faite à cette seconde question, et, comme on en pourra juger par les documents analysés dans cette revue, personne ne l'a contredit. C'est tout au plus si l'un ou l'autre auteur, O. Berger, par exemple, est tenté de croire à la plus grande fréquence des paralysies oculaires dans les cas de tabes survenant chez des syphilitiques.

II

La première question, celle qui est relative à la fréquence des antécédents de syphilis, chez les malades affectés des symptômes du tabes, a fait l'objet d'enquêtes nombreuses, dont Fournier a été le promoteur. Considérées en bloc, ces enquêtes ont confirmé ce qu'avait dit Fournier de la grande fréquence des antécédents syphilitiques chez les malades présentant les symptômes du tabes. Nous allons passer en revue les principaux de ces documents :

— Sur 103 cas d'ataxie locomotrice, Fournier a noté des antécédents incontestables de syphilis, 94 fois, ce qui donne une proportion de 91, 26 0/0.

Féréol et Siredey, cités par Fournier, ont noté la syphilis dans les antécédents des ataxiques, le premier 5 fois sur 12 cas, le second 8 fois sur 10 cas; Caizergues, 18 fois sur 14, et Quinquaud 21 fois sur 21 !

Vulpian, dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*, déclare qu'il est réellement peu de malades atteints d'ataxie locomotrice qui n'aient eu, quelques années avant l'apparition des premiers symptômes de cette affection, un chancre infectant et des accidents syphilitiques secondaires. « Je ne crois pas exagérer, a ajouté Vulpian, en disant que, sur vingt malades atteints d'ataxie locomotrice progressive, il y en a au moins quinze qui sont d'anciens syphilitiques ».

Voici des statistiques moins laconiques et qui n'en sont que plus instructives.

— Erb, le champion des idées de Fournier en Allemagne, a plublié une première statisque (*Congrès de Londres* 1881) qui annonçait les résultats suivants :

Sur 122 cas de tabes :

Dans 12 0/0 les commémoratifs écartaient toute présomption d'une infection syphilitique antérieure;
— 52 0/0 il y avait eu antérieurement des accidents constitutionnels bien avérés ;
— 30,3 0/0 les renseignements anamnestiques ne faisaient mention que d'un chancre.

Plus tard Erb a publié une seconde statistique ; elle comprend une nouvelle série de 100 cas de tabes, qui se répartissent ainsi :

Cas sans infection syphilitique antérieure...........	9 0/0
— avec — — —	91 0/0
A savoir :	
Cas avec manifestations syphilitiques secondaires...	62 0/0
— avec chancre seulement.........................	29 0/0

En regard de ces chiffres, Erb a placé ceux qu'ont fourni deux sortes de contre-enquêtes ; ayant fait rechercher les antécédents éventuels de syphilis chez 500 hommes âgés de plus de 25 ans et qui ne présentaient aucune manifestation attribuable au tabes, Erb est arrivé aux résultats suivants :

Sur 500 hommes non affectés de tabes :

Dans 77 0/0 des cas, pas de manifestations imputables à une infection syphilitique antérieure ;
— 16 0/0 des c s, chancre seulement ;
— 12 0/0 des cas, chancre avec accidents consécutifs.

Une seconde contre-enquête du même genre a donné les résultats suivants :

Sur 1,200 sujets non affectés de tabes :

Dans 77,25 0/0 des cas, pas d'infection syphilitique antérieure;
— 12,50 0/0 des cas, chancre seulement ;
— 10,25 0/0 des cas, chancre et manifestations secondaires.

Erb a conclu de l'examen comparatif de ces résultats « qu'une personne qui n'a pas subi d'infection syphilitique court à peine les risques de devenir tabétique ».

Pour donner une idée de la fréquence relative des autres influences étiologiques (hérédité, refroidissement, fatigues corporelles, excès vénériens, traumatisme) invoquées comme causes du tabes, Erb a dressé le tableau suivant :

En fait d'antécédents étiologiques, on a relevé dans les commémoratifs, chez 100 malades affectés de tabes :

Syphilis seule....................................	36 fois
Syphilis et exposition au froid....................	17 —
Syphilis et fatigues corporelles..................	8 —
Syphilis et excès (vénériens).....................	7 —
Syphilis et traumatisme	2 —
Syphilis, exposition au froid et fatigues corporelles...	15 —
Syphilis — et excès...............	4 —
Syphilis, fatigues corporelles et excès...........	3 —
Syphilis, excès et traumatisme....................	1 —
Exposition au froid, seule........................	3 —
Fatigues coporelles, seules.......................	2 —
Excès seuls.......................................	1 —
Traumatisme seul..................................	1 —
	100 fois

Erb veut bien reconnaître que cette statistique ne constitue pas une preuve de la nature spécifique du tabes, qu'elle donne simplement un grand degré de vraisemblance à la doctrine de Fournier.

Fournier avait posé en fait que « l'ataxie est une manifestation d'ordre presque absolument et exclusivement tertiaire », car sur 89 cas il en a trouvé 85 qui se sont développés au delà de la troisième année. En se basant également sur les résultats de sa statisque personnelle, il avait émis cette autre proposition, que le développement de l'ataxie atteint son maximum de fréquence de la sixième à la douzième année; sur 89 cas qui composent sa statistique personnelle, il en compte 55 où le tabes a fait invasion de la sixième à la douzième année après le chancre, 13 de la troisième à la dixième année, 20 de la treizième à la vingtième année. Voici ce que nous apprend la statistique d'Erb, touchant l'intervalle de temps qui s'est écoulé entre l'époque de la contamination syphilitique et l'apparition des premiers signes du tabes :

De 1 à 5	ans après	le chancre, dans	13 cas
6 à 10	—	—	31 —
11 à 15	—	—	25 —
16 à 20	—	—	15 —
21 à 25	—	—	5 —
26 à 30	—	—	1 —
date inconnue			7 —

— Gowers, un autre partisan de la doctrine de Fournier, a également insisté sur le long délai qui s'écoule, dans la plupart des cas, entre l'époque où le malade contracte la syphilis et le développement des premiers symptômes révélateurs du tabes. Ce délai, dans les observations recueillies par Gowers, n'a jamais été inférieur à 7 années; dans beaucoup de cas il dépassait 15, 20 et 25 ans. La statistique de Gowers porte sur 33 cas, qui se départagent ainsi :

Dans 53 0/0 des cas, chancre avec accidents secondaires
17 0/0 — — sans — —

— La statistique publiée par Seguin, dans le courant de l'année dernière, comprend 75 cas de tabes dorsalis, observés pendant la période de temps qui s'est écoulée de 1866 à 1884 ; elle annonce les résultats suivants :

21 cas où les antécédents syphilitiques n'ont pas été recherchés	= 28 0/0
54 cas où les antécédents syphilitiques ont été recherchés.	= 72 0/0
Ces 54 derniers cas se décomposent ainsi :	
15 cas où il n'y a eu ni chancre ni syphilis	= 27,78 0/0
39 — avec *chancre* ou *syphilis*	= 72 0/0
A savoir :	
23 cas avec *chancre seulement*	= 43,59 0/0
16 — — chancre et syphilis	= 29,63 0/0

Il est bien entendu que sous le nom de chancre, M. Seguin a *confondu les chancres mous et les chancres indurés.* Donc, quand le médecin de New York, dans les quelques lignes dont il a fait suivre sa statistique,

déclare que les résultats de son enquête concordent avec les chiffres publiés par Erb, Fournier, Voigt, etc., il émet une appréciation que seuls les partisans de la théorie uniciste accepteront comme valable.

— Dans un premier mémoire sur les relations de la syphilis avec les affections du système nerveux, Althaus, de Londres, a fait connaître en substance les résultats du dépouillement de ses notes concernant un millier d'observations de maladies nerveuses très diverses. Le nombre des cas de tabes se chiffrait par 32; tous ces cas se rapportaient à des hommes.

Sur ces 32 tabétiques, 28 avaient eu des manifestations de la syphilis, 1 avait eu un chancre mou avec bubon. Ce qui donne une proportion de 90,6 0/0 de cas de tabes avec antécédents constitutionnels, proportion plus élevée que dans toutes les autres maladies du système nerveux, sur lesquelles a porté l'enquête de M. Althaus; on en jugera par le tableau qui suit :

La syphilis figurait dans les antécédents pathologiques des malades :

Dans	90,6 0/0	des cas de	tabes
—	11,8 0/0	—	neurasthénie
—	6,2 0/0	—	hémiplégie
—	4,8 0/0	—	épilepsie
—	3,9 0/0	—	névralgie

M. Althaus ajoute qu'il n'a pas fait figurer dans cette statistique six cas de tabes douteux, se révélant par des paralysies des muscles de l'œil, douleurs lancinantes, impuissance génitale.

Dans son livre récent sur les scléroses de la moelle, M. Althaus parle de 34 nouveaux cas de tabes qu'il a été à même d'observer : 28 fois il a obtenu l'aveu d'une syphilis antérieure; 6 malades niaient avoir eu la syphilis; l'un deux portait, sur la poitrine, un exanthème papuleux suspect.

En réunissant les cas des deux séries, on arrive en somme à une proportion de 86,5 0/0 de cas de tabes avec antécédents syphilitiques.

Ajoutons que dans l'ouvrage que nous venons de citer à l'instant, Althaus s'est posé en partisan résolu des idées de Fournier. Il a repris les arguments que le médecin de Saint-Louis a fait valoir en faveur de la doctrine du tabes spécifique, en les appuyant des données de son observation personnelle, pour finalement *conclure à l'existence d'un rapport de causalité entre la syphilis et le tabes.*

— Dans un premier mémoire consacré en partie à l'étude de l'étiologie du tabes, O. Berger, de Breslau, a fait connaître les résultats d'une enquête ayant porté sur 185 cas de cette maladie (145 chez des hommes, 40 chez des femmes). Les faits de cette première série ont conduit Berger à placer en tête des causes du tabes dorsalis l'exposition au froid. *Des antécédents syphilitiques n'ont pu être relevés que chez* 20 0/0 *de ces* 185 *malades.* Aussi, tout en considérant comme très vraisemblable l'influence de la syphilis dans le développement du tabes, Berger réclamait-il le contrôle sévère de la clinique, pour mettre cette influence hors de conteste.

Tout récemment, au congrès des naturalistes allemands (1884), Berger

a été beaucoup plus affirmatif. Il a d'abord relaté deux faits auxquels il attribue une grande signification. C'est, en premier lieu, l'observation d'un homme qui, pendant dix années de suite, avait présenté des manifestations d'une syphilis grave. Les accidents se sont succédés presque sans interruption. Dans le cours de cette période décennale sont apparus les premiers symptômes du tabes. O. Berger accorde une importance plus grande encore à la seconde observation, relative à un homme qui était âgé de 74 ans au moment de son entrée à l'hôpital. Il présentait alors les symptômes d'un tabes parvenu à la période d'état (ataxie locomotrice au plus haut degré, marche presque impossible, anesthésie des jointures, aux doigts de pieds, troubles de la sensibilité tactile, phénomène de Romberg, sensations de paresthésie aux jambes, et surtout, violent prurigo). Or, les premiers symptômes du tabes s'étaient montrés deux années auparavant (1882) et le malade avait contracté la syphilis en 1880, par conséquent à l'âge de 70 ans ! L'éclosion du chancre avait été suivie, à dix semaines d'intervalle, d'une éruption de roséole qui céda en très peu de temps à un traitement par les frictions mercurielles. En dernier lieu le malade portait une cicatrice sur le sillon coronaire ; en outre il était affecté d'une orchite double. Il succomba après six semaines de séjour à l'hôpital. L'autopsie fit découvrir « une dégénérescence fasciculée des cordons postérieurs, parvenue à un stade relativement peu avancé (nombreuses cellules à granulations dans les cordons postérieurs, principalement le long des vaisseaux; quelques corpuscules amylacés, localisation caractéristique dans les cordons postérieurs, atrophie dégénérative dans les nerfs sciatiques et saphène). » O. Berger a fait cette réflexion que nous traduisons textuellement : Le cas n'est pas une preuve décisive en faveur des rapports de la syphilis et du tabes, mais la plupart des médecins y verront un avertissement pressant de ne pas repousser de parti-pris la syphilis de l'étiologie du tabes. « A-t-on déjà observé une dégénérescence fasciculée des cordons postérieurs ayant débuté à l'âge de 70 ans ? » dit Berger en manière de conclusion.

Incidemment, O. Berger a fait savoir que *sur une nouvelle série de* 100 *cas de tabes, il s'en est trouvé* 43 *où une syphilis antérieure s'était révélée par des accidents secondaires.* Il s'était écoulé en moyenne un intervalle de 8 années, entre l'époque de la contamination syphilitique et l'apparition des premiers symptômes du tabes. D'après les observations faites par Berger, les paralysies des muscles de l'œil semblent être plus fréquentes dans les cas de tabes où la syphilis a préludé aux premières manifestations de la maladie nerveuse. Sur les 100 cas de tabes qui composent cette seconde série, 14 ont donné lieu à des autopsies ; deux fois seulement on a trouvé des lésions syphilitiques concomitantes des lésions spinales. De l'un de ces cas il a été fait mention plus haut (orchite double interstitielle) ; l'autre est relatif à une femme, à l'autopsie de laquelle on a trouvé, indépendamment de la sclérose des cordons postérieurs, une carie du pariétal droit.

— Statistique de M. Voigt : 44 cas de tabes ; 43 hommes, 1 femme.
Hommes (43).

Cas sans antécédents syphilitiques (avoués)....... 14 = 32 0/0

Cas avec antécédents syphilitiques (avoués)......	29 = 67 0/0
A savoir :	
Cas avec accidents secondaires..................	21 = 48,8 0/0
— sans —	8 = 18 0/0
	29

Les autres renseignements contenus dans le travail de M. Voigt concourent à établir qu'il n'existe pas de différence dans la symptomatologie entre les cas de tabes avec et ceux sans antécédents syphilitiques. Les observations de Voigt prouvent, d'autre part, que le traitement mercuriel est inefficace contre le tabes dorsalis, même quand la maladie est de date relativement récente; que l'administration prolongée de l'iodure de potassium peut imprimer à la maladie un aggravation assez sérieuse; que les mêmes agents thérapeutiques (bains salins et applications du courant galvanique) produisent les mêmes effets palliatifs (amélioration de certains symptômes) dans les cas avec et sans antécédents syphilitiques. C'est pourquoi Voigt conclut que la *syphilis ne produit pas le tabes en vertu d'une action spécifique exercée sur la moelle, qu'elle intervient seulement à titre de cause prédisposante*, à la faveur des altérations nutritives que l'infection syphilitique imprime à l'ensemble de l'organisme et, d'une façon spéciale, aux centres nerveux.

— La statistique la plus récente fournie par Bernhardt, de Berlin, comprend quatre séries de cas de tabes où la recherche des antécédents syphilitiques a fait l'objet d'une attention spéciale. Ces quatre séries de cas se répartissent ainsi :

1re série. 67 cas. 40 0/0 avec antécédents syphilitiques. 21 0/0 en éliminant les cas de chancre mou;

2e série.	20 cas.	60 0/0	—	—	45 0/0
3e —	26	87 0/0	—	—	38 0/0
4e —	12	83 0/0	—	—	83 0/0
Total.	125	60 0/0	—	—	46 0/0

La *seule conclusion* que Bernhardt ait cru devoir tirer de l'examen de ces chiffres, c'est que *l'extrême fréquence des antécédents syphilitiques chez les malades affectés de tabes dorsalis n'est plus à mettre en doute.*

— Dans un premier travail sur la question, Remak avait estimé à 25 0/0 *la proportion des cas de tabes dans lesquels il avait pu retrouver dans les commémoratifs des malades les preuves d'une infection syphilitique antérieure.* Son attention s'est portée sur ce point d'une façon spéciale, et depuis le mois de janvier 1880 jusqu'en 1885, M. Remak a eu l'occasion d'interroger sur leurs antécédents pathologiques 64 malades (15 femmes, 49 hommes) affectés du tabes. Les femmes étaient toutes mariées ou veuves; toutes, elles niaient avoir eu la syphilis : cinq d'entre elles avaient été exposées à l'action nocive du froid; chez d'autres, le tabes s'était développé à la suite d'un traumatisme (fracture de la cuisse); enfin chez deux autres, à la suite d'une violente émotion.

Quant aux 49 cas de tabes chez des hommes, ils se répartissent ainsi, eu égard à l'existence antérieure de maladies vénériennes :

Chancre induré avec accidents secondaires consécutifs....		14 cas.
— sans — —		14
Pas de manifestations syphilitiques antérieures..........		21
	Total........	49

Il est bon de faire remarquer que de ces 21 derniers sujets, 7 étaient des malades de la ville et avaient fourni sur leur état de santé antérieure les renseignements les plus circonstanciés; que 10 de ces 21 tabétiques avaient des enfants bien portants et bien constitués; que leurs femmes n'avaient jamais fait de fausses couches. Toutefois, dans 3 de ces cas, certaines circonstances (exostoses du tibia, surdité chez une fille de 9 ans) autorisaient plus ou moins des présomptions d'une syphilis antérieure. En fait d'autres circonstances étiologiques, Remak a noté chez ses malades l'influence du refroidissement (dans la proportion de 45 0/0), et le traumatisme (2 0/0).

— Thomas Buzzard, *sur* 53 *cas de tabes dorsalis, en a trouvé* 25 *avec antécédents de syphilis*, proportion 47 0/0. Donc, conclut Buzzard, la coïncidence des antécédents constitutionnels et des symptômes de tabes est fréquente, mais *cette fréquence n'est pas une preuve suffisante d'une relation de cause à effet entre la syphilis et le tabes;* si cette relation existait réellement, comment expliquer la complète inefficacité du traitement spécifique dans les cas de tabes d'origine syphilitique. Une hypothèse en faveur de laquelle plaident quelques observations relatées succinctement par Buzzard est celle qui consiste à admettre que la syphilis engendre une méningite spinale, appelée à disparaître d'une façon plus ou moins complète sous l'influence du traitement spécifique. Cette méningite allume en quelque sorte une inflammation scléreuse de la névroglie avoisinante, que l'administration de l'iodure de potassium est impuissante à modérer. Cette opinion est à rapprocher des vues développées récemment par Déjerine, sur les relations de la méningite spinale postérieure et des scléroses systématiques.

Buzzard invoque, contre l'hypothèse de l'origine syphilitique du tabes, l'extrême rareté de cette maladie chez les femmes : sur 100 tabétiques, 10, au plus, appartiennent au sexe feminin, tandis que si on envisage l'ensemble des maladies du système nerveux imputables à la syphilis, les femmes fournissent un contingent beaucoup plus fort, mais ce qui paraît avoir modifié l'opinion de Buzzard sur les rapports de la syphilis et du tabes, c'est la constatation faite par le médecin de Londres, de l'inneficacité du traitement spécifique.

— Fournier avait insisté d'une façon spéciale sur la grande rareté du tabes chez les femmes et il avait rapproché ce fait, universellement reconnu, de la disproportion semblable qui existe, selon lui, entre la fréquence de la syphilis dans les deux sexes.

Mœbius a publié deux statistiques relatives à des cas de tabes, en petit nombre, observés chez des femmes. La première statistique comprend 5 cas de tabes survenus chez des femmes, dont 4 avaient eu auparavant la syphilis; dans les antécédents de ces quatre malades on ne trouvait pas à relever d'autres causes capables d'expliquer le déve-

loppement de la maladie spinale. Dans une seconde publication, Mœbius a rapporté 13 nouveaux cas de tabes chez des femmes qui pour la plupart donnaient sur leurs antécédents pathologiques des renseignements propres à faire soupçonner qu'elles avaient eu la syphilis. Mœbius a insisté sur ce qu'aucune de ces malades n'était vierge. Chez la plupart, l'apparition des premiers symptômes du tabes avait eu lieu après l'âge de 30 ans; l'intervalle de temps écoulé entre l'époque de la contamination syphilitique présumée et l'apparition des premiers signes du tabes a été en moyenne de sept ans. Toujours la syphilis a été bénigne, autre point conforme aux vues développées par Fournier; jamais il n'en existait de traces apparentes pendant l'évolution du tabes. En fait d'autres circonstances susceptibles d'être incriminées dans le développement de l'affection des centres nerveux, on n'avait pu relever dans les commémoratifs que des influences banales, telles que la puerpéralité, les hémorragies utérines, l'exposition au froid, les émotions psychiques, la prédisposition neuropathique.

— On a voulu attribuer une signification considérable aux chiffres publiés par Mœbius; mais cette signification tombe en grande partie, quand on oppose à la statistique de Mœbius celle de Lothar Meyer, qui ne comprend également que des cas de tabes dorsalis chez des femmes. Ces cas, au nombre de 19, émanent de l'Hospice des incurables de Berlin. L'enquête à laquelle s'est livré Meyer a donné les résultats suivants : chez aucune de ces 19 malades, ni les commémoratifs, ni l'examen le plus minutieux des différents organes et des différentes régions du corps ne prêtait prise au soupçon d'une contamination syphilitique antérieure. Lothar Meyer a fourni sur ces 19 malades les renseignements les plus détaillés, concernant l'âge, l'époque d'apparition des premières règles, l'état de la menstruation, l'état civil, etc. Nous n'en retiendrons que ce seul détail vraiment intéressant, c'est que ces 19 femmes avaient donné le jour à 31 enfants, venus à terme et en bon état, et qu'en regard de ces 31 délivrances on ne voit figurer dans la statistique de Lothar Meyer que 3 avortements.

Les renseignements qui suivent sont empruntés à des travaux dont les auteurs sont, pour la plupart, franchement hostiles à la doctrine du tabes syphilitique.

— Pusinelli a publié une statistique qui comprend 51 cas de tabes tirés du service de Westphal (hôpital de la Charité de Berlin); ont été éliminées toutes les observations où la recherche des antécédents morbides n'avait pas été faite d'une façon satisfaisante. De ces 51 cas, 46 se rapportent à des hommes, 5 à des femmes. La recherche des antécédents constitutionnels a donné les résultats suivants :

Pas d'antécédents de syphilis dans..............	24 cas	= 47 0/0
Chancre suivi d'accidents secondaires dans	13	= 25,7 0/0
— sans — —	9	= 17,6 0/0
Préexistence de la syphilis établie par les résultats nécroscopiques dans..........................	3	= 5,8 0/0
Chancre de nature douteuse (induré ou mou) dans	2	= 4 0/0

A l'autopsie de cinq malades dont les observations figurent dans cette statistique, les lésions spinales se réduisaient à la dégénérescence grise, classique, des cordons postérieurs. Deux fois des lésions syphilitiques (testicule syphilitique, tubercule syphilitique et exostoses du tibia) ont été rencontrées dans des organes autres que les centres nerveux.

La médication spécifique mise en œuvre dans 5 des cas où une infection syphilitique avait précédé le développement du tabes n'a donné que des résultats douteux, si ce n'est dans un cas où *le traitement* (frictions mercurielles et iodure de potassium) *produisit une aggravation manifeste du tabes, tout en dissipant les manifestations syphilitiques concomitantes.*

— Précédemment Westphal avait publié une statistique qui comprenait 97 tabétiques (68 hommes, 29 femmes) dont 75 avaient pu fournir des renseignements précis sur leurs antécédents morbides. Ces 75 cas (55 hommes, 20 femmes) se décomposent ainsi ;

Dans 14 cas, 18,6 0/0, il y avait eu un chancre sans manifestations secondaires.
— 12 — 14,6 0/0, il y avait eu un chancre avec manifestations secondaires.
— 3 — 4 0/0, l'existence antérieure d'un chancre était douteuse,
— 47 — 62,6 0/0, il n'y avait pas eu de chancre.

Sur les 97 cas examinés par Westphal, une seule fois on a constaté des manifestations syphilitiques contemporaines ; dans deux autres cas, il existait des manifestations douteuses quant à leur nature.

Sur un total de 16 autopsies, on a trouvé deux fois des lésions attribuables à la syphilis (cicatrices dans le pharynx et sur les amygdales ; foyer de ramollissement dans la protubérance, dégénérescence amyloïde et cicatrices dans le foie).

— Une première statistique d'Oppenheim comprend 86 cas de tabes (56 hommes et 30 femmes), qui se décomposent ainsi, au point de vue des antécédents pathologiques d'origine vénérienne :

Pas d'antécédents syphilitiques dans..................	51 cas
Chancre mou, dans..................................	9 —
Chancre induré, sans manifestations secondaires consécutives, dans..................................	11 —
Chancre induré, avec accidents secondaires bénins, dans	9 —
Cas douteux..................................	6 —
Total...	86 cas

Ces 6 derniers cas sont de ceux où, malgré les dénégations des malades, on crut devoir émettre le soupçon d'une infection syphilitique antérieure, en se fondant sur certains commémoratifs (fausses couches répétées, enfants mort-nés, etc.).

Un des 9 malades qui avaient eu des accidents constitutionnels bien avérés, était sujet à des tiraillements douloureux dans les jambes (autrement dit des douleurs fulgurantes) deux ans avant l'époque de la conta-

mination syphilitique. Une seule fois, sur cet ensemble de 86 cas, des manifestations syphilitiques ont été constatées pendant que le malade, affligé de son tabes, était en cours d'observation.

Cette première statistique a été complétée par l'adjonction de 14 nouveaux cas, ce qui porte à 100 le nombre des observations de tabétiques sur lesquels Oppenheim a pu obtenir des renseignements précis quant aux antécédents constitutionnels. Ces 100 cas se décomposent ainsi :

Pas d'antécédents syphilitiques dans...............	59 cas
Chancre mou dans...............................	11 —
Chancre induré, sans manifestations secondaires consécutives, dans	13 —
Chancre induré, suivi d'accidents secondaires, dans	11 —
Cas douteux (voir plus haut), dans................	6 —
Total...	100 cas

En présence de ces résultats, Oppenheim s'est rallié à l'opinion de ceux qui considèrent comme n'étant pas encore résolue la question des rapports de la syphilis et du tabes. D'après lui, les excès vénériens jouent un rôle prépondérant dans l'étiologie du tabes.

La prédisposition héréditaire neuropathique, considérée dans l'acception la plus large du mot, a été recherchée chez 50 malades; 5 fois seulement son influence a pu être incriminée. Une seule fois, le développement du tabes paraissait avoir été en rapport avec l'exposition aux intempéries et à l'humidité. Dans un grand nombre des cas réunis par Oppenheim, les malades avaient eu à endurer de grandes fatigues corporelles. Chez un autre malade, les premiers symptômes du tabes s'étaient montrés à la suite d'un traumatisme ; le malade succomba, et l'autopsie fit voir que, dans ce cas, les symptômes observés du vivant du sujet ne relevaient pas des lésions du tabes dorsalis vulgaire. Enfin, particularité curieuse à noter, chez l'un des malades d'Oppenheim, des crises gastriques, préludant à d'autres manifestations du tabes dorsalis, ont éclaté une première fois à la suite d'un empoisonnement par le gaz d'éclairage.

— Landouzy et Ballet se sont enquis de la façon la plus minutieuse des antécédents pathologiques de 138 malades affectés du tabes. Sur ce nombre, il n'en est pas plus de 10 ou 12 qui n'aient été observés et directement interrogés par ces deux médecins.

En réunissant les deux statistiques, on obtient les indications suivantes :

Pas de cause certaine......................	61 cas
Syphilis seule certaine......................	21 —
Hérédité nerveuse seule....................	28 —
Syphilis et hérédité combinée..............	7 —
Syphilis certaine, hérédité probable.........	3 —

Enfin, en tenant compte des seuls cas où la syphilis et l'hérédité étaient probables, sinon certaines, on obtient comme résultat brut :

Hérédité, dans.................... 35 cas = 25.3 0/0
Syphilis, — .... 32 — = 23.2 0/0

Nous voilà bien loin, ont fait remarquer les deux auteurs, des proportions de cas de tabes avec antécédents de syphilis, annoncées par Fournier et Erb. Or, si les chiffres publiés par Landouzy et Ballet sont sujets à rectification, ils ne le sont qu'au profit de l'hérédité et au détriment de la syphilis. L'hérédité n'a été inscrite dans les renseignements anamnestiques, que lorsqu'elle était indéniable, tandis que les deux auteurs ont attribué à la catégorie des cas de tabes, avec antécédents de syphilis, des faits où l'infection syphilitique antérieure était douteuse. « Il nous a suffi, par exemple, est-il dit dans le mémoire de Landouzy et Ballet, pour taxer tel malade de syphilitique, que celui-ci nous dit avoir eu autrefois un ou *des* chancres, quelquefois accompagné de bubons suppurés, sans retrouver d'ailleurs aucune trace d'antécédents secondaires ou tertiaires. » En manière de conclusion, Landouzy et Ballet ont terminé leur mémoire par ces lignes : « Que le froid, les excès, la syphilis, bien d'autres causes encore, interviennent à titre d'éléments plus ou moins importants dans la genèse de l'ataxie, nous ne le nions pas, loin de là ; mais toutes ces causes nous apparaissent comme accessoires. D'après nous, la cause dominante, suffisante et peut-être nécessaire de la maladie de Duchenne, est l'hérédité nerveuse. »

— E. Rehlen a fait porter ses recherches sur 35 cas de tabes type, tous concernant des hommes. Des renseignements anamnestiques fournis par les malades, il résultait que le développement de la maladie paraissait avoir été en rapport :

5 fois = 14.3 0/0 avec une prédisposition neuropathique.
26 fois = 74.3 0/0 avec l'exposition répétée au froid et à l'humidité.
14 fois = 40 0/0 avec des excès vénériens associés à d'autres influences étiologiques.
8 fois = 23 0/0 les malades avaient antérieurement contracté la syphilis.
8 fois = 23 0/0 les malades disaient avoir eu des chancres mous ; un des cas est douteux quant à la nature du chancre.
4 fois = 11.4 0/0 les malades ne connaissaient aucune cause à leur maladie.

Sur les 8 syphilitiques, 2 seulement n'avaient été exposés à l'action des autres causes qu'on a coutume d'attribuer au tabes. L'auteur croit à une simple coïncidence de la syphilis et du tabes, chez les 8 malades en question.

— Benedikt admet qu'une certaine part revient à la syphilis dans l'étiologie du tabes, mais il est loin de souscrire à l'opinion de ceux qui veulent que cette maladie soit, dans la grande majorité des cas, sinon toujours, une conséquence, une manifestation de la syphilis portant son action délétère sur les centres nerveux. Voici comment Benedikt envi-

sage cette question d'étiologie : Chez les personnes qui sont sous le coup d'une prédisposition héréditaire neuropathique, le tabes dorsalis peut se développer sous l'influence, apparente ou réelle, de causes très variées. Parmi ces causes figure la syphilis. Le tabes chez les syphilitiques, tantôt se caractérise par une évolution atypique (alternatives d'amendement et d'aggravation), tantôt ne diffère en rien du tabes vulgaire. D'ailleurs, dans le total des cas de tabes, ceux avec antécédants de syphilis ne figurent que pour une faible proportion. Cette appréciation n'est pas contestable, quand on se place au point de vue adopté par Benedikt. Pour ce dernier, l'origine syphilitique d'un cas de tabes n'est admissible qu'à une condition, c'est que la maladie constitutionnelle ait révélé son existence par des accidents du côté de la peau. Car quand on en est réduit à juger d'après les seuls commémoratifs, il est bien aventureux d'asseoir le diagnostic de syphilis sur les affirmations plus ou moins précises concernant des manifestations survenues du côté de l'arrière-gorge ou dans des organes profonds. Un autre point sur lequel a insisté Benedikt, c'est que dans les cas où la préexistence de la syphilis ne fait l'objet d'aucun doute, l'*emploi des frictions mercurielles a souvent, pour unique résultat, d'imprimer au tabes dorsalis une aggravation.*

— Comme il a été dit précédemment, Berger incline à croire que dans les cas de tabes d'origine syphilitique, les paralysies des muscles de l'œil sont plus fréquentes que dans les cas de tabes d'origine non spécifique. Nous venons de dire, d'autre part, que, d'après Benedikt, le tabes, quand il se développe sous l'influence de la syphilis, affecte parfois une évolution irrégulière, différente de l'évolution du tabes classique. Dans un travail qui porte l'empreinte d'une grande sagacité, Rosenthal, de Vienne, a soutenu cette thèse, que les maladies de la moelle qui se développent sous l'influence de la syphilis se caractérisent par une symptomatologie et une évolution spéciales. Nous ne pouvons pas suivre l'auteur dans les développements qu'il a consacrés à bien établir cette différenciation. Nous nous bornerons à dire que, de l'avis de Rosenthal, les affections de la moelle qui se développent sous l'influence de la syphilis évoluent le plus souvent sous les dehors de la myélite transverse, subaiguë ou chronique, et n'ont rien à voir avec le tabes dorsal. Les cas de ce genre, dont Rosenthal publie cinq exemples, s'amendent toujours, souvent même guérissent d'une façon complète, quand on soumet les malades au traitement spécifique. Dans les cas de tabes vrai, qui se présentent chez des sujets syphilitiques, l'emploi des agents de la médication spécifique se montre absolument inefficace. Rosenthal a eu l'occasion d'observer, d'une façon suivie, sept cas de ce genre. Il a pu se convaincre par lui-même, que ce qu'on est convenu d'appeler tabes syphilitique ne diffère du tabes dorsalis vulgaire ni par la nature, ni par le groupement, ni par la succession des symptômes, ni par la fréquence plus ou moins grande de l'une ou l'autre des manifestations habituelles de cette maladie des centres nerveux.

Voici, d'ailleurs, les données statistiques que Rosenthal a pu dégager des faits de tabes qu'il lui a été donné d'observer. Une première série de 65 cas de tabes en comprenait un seul où l'éclosion de la maladie avait été en rapport manifeste avec une contamination syphilitique antérieure.

Une seconde série comprend les cas de tabes, sur lesquels Rosenthal

a pu se procurer des renseignements anamnestiques dans le cours des deux années qui ont précédé la publication de son travail. Sur ces cas, au nombre de 105, il s'en trouvait 19 avec antécédents constitutionnels ; ils se répartissent ainsi :

Dans 19 cas. — Accidents syphilitiques secondaires antérieurs.
— 10 cas. — Le tabes s'est développé à la suite d'un traitement mercuriel, les malades ayant été, après coup, exposés à l'influence délétère des intempéries, des marches forcées, etc., etc.
— 5 cas. — Le traitement spécifique a imprimé une aggravation manifeste à la maladie spinale.
— 5 cas. — Le tabes s'était développé dans les circonstances suivantes : les malades, des hommes, avaient eu des accidents syphilitiques dont ils s'étaient débarrassés au moyen d'un traitement approprié ; ils s'étaient mariés, avaient engendré des enfants bien portants. Les premiers symptômes de la maladie spinale n'étaient apparus que beaucoup plus tard (de 6 à 10 ans).

Pour Rosenthal, *il n'y a aucune raison plausible d'admettre que, dans des cas de ce genre, le tabes dorsalis ait eu pour cause la syphilis.*

En somme, sur les 105 cas de tabes dorsalis qui composent la seconde statistique de Rosenthal, il s'en trouve 19, c'est-à-dire 18 0/0, avec antécédents syphilitiques. Or, il s'agit d'une statistique dressée avec le plus grand soin, par un des hommes les plus versés dans l'étude des maladies du système nerveux.

— Ces mêmes réflexions trouvent à s'appliquer à la statistique d'Eulenburg, dressée avec une impartialité irréprochable, et qui nous fournit des documents de première valeur pour l'étude de cette question des rapports de la syphilis et du tabes. Elle porte sur 125 observations de tabes dorsalis, que l'auteur a recueillies pendant les cinq dernières années, avec le dessein bien arrêté de les faire servir à l'élucidation de cette question litigieuse d'étiologie. Dans tous ces cas, le diagnostic de tabes dorsalis ne prêtait matière à aucun doute; 91 concernent des malades de la ville, et 34 des malades qui sont venus se faire traiter à la policlinique de Berlin. Ces 125 cas de tabes se décomposent de la façon suivante :

Au point de vue du sexe :

Hommes	106	= 84,8 0/0.
Femmes	19	= 15,2 0/0.

Au point de vue de l'âge :

Malades âgés de	20 à 30 ans,	24.
—	30 à 40 —	53.
—	40 à 50 —	37.
—	50 à 60 —	11.

En ce qui concerne les occupations sociales, la statistique d'Eulen-

burg nous apprend, entre autres choses, que sur les 106 tabétiques du sexe masculin, il s'est trouvé 21 employés de chemin de fer.

Sur les 106 tabétiques, 67 niaient tout antécédent syphilitique.
28 avaient eu un chancre induré avec accidents secondaires.
11 avaient eu un chancre (probablement chancre mou) sans manifestations consécutives de la syphilis.

Si l'on réunit les cas de ces deux dernières catégories, on arrive à fixer à 36, 8 0/0 la proportion des cas de tabes précédés par une *infection virulente*. Le temps qui s'est écoulé entre cette infection et l'apparition des premiers symptômes, a varié de 2 à 29 ans.

Quant aux cas de tabes dorsalis chez des femmes, il n'en est qu'un où l'existence d'une syphilis antérieure a pu être établie d'une façon sûre. Ce cas mérite une mention spéciale; il concerne une sage-femme qui avait contracté la syphilis en donnant des soins à une femme en travail. Dans les deux années qui suivirent, elle fit deux fausses couches (à six mois), alors qu'antérieurement, en l'espace de seize années de mariage, elle avait donné le jour à sept enfants bien constitués, qui étaient encore en vie au moment de la publication de ces détails Dans la troisième année qui suivit la contamination syphilitique, cette femme accoucha à terme d'un enfant vivant, et bien portant. A l'époque où fut recueillie son observation, la malade était âgée de 60 ans ; elle présentait les premiers symptômes du tabes depuis deux années seulement, tandis que l'infection syphilitique remontait à dix-huit années auparavant !

Eulenburg donne des détails sur plusieurs de ces cas de tabes, relatifs à des femmes, où le soupçon d'une syphilis antérieure pouvait être écartée avec la plus grande vraisemblance; par exemple un cas qui concerne la femme d'un médecin : cette dame avait eu trois couches normales, ses trois enfants étaient d'une santé irréprochable; un autre cas qui concerne la sœur célibataire d'un pasteur protestant de la campagne, qui avait toujours partagé l'existence patriarchale de sa famille. L'impartialité nous oblige d'ajouter que, dans une note additionnelle, Eulenburg fait savoir que son travail était déjà livré à l'impression, lorsqu'il eut l'occasion d'examiner et d'interroger 3 femmes affectées des symptômes du tabes dorsalis et chez lesquelles des antécédents syphilitiques étaient notoires.

Eulenburg a ensuite abordé la question de savoir si les cas où la syphilis a précédé le développement du tabes se distinguent des autres par une physionomie spéciale. L'analyse des principaux symptômes notés dans les 29 cas de tabes, mentionnés plus haut, et où l'existence d'une contamination syphilitique antérieure était hors de doute, l'a conduit à conclure par la négative. En passant en revue les autres influences étiologiques relevées dans les observations qui ont servi de base à son travail, il insiste sur le rôle prépondérant qui revient à l'hérédité, considérée en tant que cause prédisposante (du tabes dorsalis classique, qu'il importe de ne pas confondre avec la forme héréditaire

de l'ataxie locomotrice). Cette influence de l'hérédité neuropathique était notoire dans 15 des 125 cas qui composent la statistique d'Eulenburg. Dans 5 autres cas, le traumatisme (4 fois une chute sur la colonne vertébrale) était incriminable comme cause occasionnelle ; 4 autres fois le développement de la maladie pouvait être rapporté à une difformité du rachis.

Eulenburg, qui croit à la possibilité d'obtenir une guérison complète (dans le sens clinique du mot) du tabes dorsalis, ajoute que cette terminaison favorable a été obtenue dans deux des 125 cas réunis dans son mémoire. Les deux cas concernent des malades qui avaient contracté la syphilis avant de présenter les symptômes du tabes. Or, dans l'un, la guérison a été obtenue sans qu'on eût recours au traitement spécifique ; dans le second cas, le traitement spécifique a été employé concuremment avec d'autres remèdes. La guérison se maintenait depuis 7 mois, chez le premier, depuis 10 mois chez le second malade (délai trop court pour permettre de considérer la guérison comme définitive).

Eulenburg a insisté tout particulièrement sur ce que toute lésion syphilitique n'est pas forcément justiciable du traitement spécifique; cela pour conclure, comme d'autres l'avaient fait déjà, que l'inefficacité du traitement spécifique ne constitue pas un argument péremptoire contre la doctrine de la nature spécifique du tabes. Non point qu'il se rallie sans réserve à cette théorie. Voici en effet ce qu'il dit dans les conclusions placées à la fin de son mémoire :

La proportion des cas de tabes dorsalis avec antécédents syphilitiques est notablement plus élevée qu'on ne l'avait soupçonné jusque dans ces dernières années. « Mais il est impossible de préciser les rap-
« ports qui existent entre la syphilis et le tabes. Probablement la sy-
« philis ne joue que le rôle d'une influence débilitante prédisposante », à l'instar d'autres agents morbides tels que l'hérédité, les émotions dépressives, les maladies infectieuses, etc. ; « peut-être la syphilis agit-elle dans une série de cas comme cause directe. » Quoi qu'il en soit, la syphilis n'est certainement pas l'unique cause qui préside au développement du tabes ; peut-être n'est-ce même pas la cause la plus fréquente et la plus importante. Les cas de tabes avec antécédents syphilitiques ne diffèrent des autres ni par la phénomalité, ni par l'évolution, ni par leur pronostic, ni même par les agents thérapeutiques susceptibles d'imprimer à la maladie une modification favorable.

Des différentes statistiques que nous venons de passer en revue, il ressort, en somme, ce point incontestable, c'est que, chez un grand nombre des malades affectés des symptômes du tabes dorsalis, on a recueilli des aveux propres à légitimer les soupçons d'une contamination syphilitique antérieure ; beaucoup plus rarement l'existence de la syphilis s'est trahie par les manifestations extérieures, contemporaines du tabes, et de nature non douteuse.

Cette fréquence des antécédents constitutionnels a été estimée par les différents auteurs à des taux très variés, comme il est facile de s'en rendre compte en jetant un coup d'œil sur le tableau ci-joint :

NOMS DES AUTEURS.	PROPORTION DES CAS AVEC — Antécédents vénériens ou syphilitiques présumés.	Chancre et accidents secondaires.	Chancre seulement.	Chancre mou seulement.
Quinquaud	100 0/0			
Fournier	91.45 0/0			
Erb, 1re série	82.3 0/0	52 0/0	30.3 0/0	
Erb, 2e —	91 0/0	62 0/0	29 0/0	
Althaus	86.5 0/0	86.5 0/0		
Séguin	72 0/0	29.5 0/0	42.5 0/0	
Gowers	70 0/0	53 0/0	17 0/0	
Rumpf	66 0/0			
Voigt	67 0/0	48 0/0	18 0/0	
Bernhardt	60 0/0	46 0/0		14 0/0
Pusinelli	52.9 0/0	31.5 0/0 (cas douteux 6 0/0)	17.6 0/0	
Buzzard	47 0/0	47 0/0		
Remak, Total des cas	43.7 0/0	21.8 0/0		
Remak, Hommes	57 0/0	28.5 0/0	28.5 0/0	
Remak, Femmes	0 0/0	0 0/0		
O. Berger, 1re série	20 0/0	20 0/0		
O. Berger, 2e —	43 0/0	43 0/0		
Oppenheim, 1re série	33.6 0/0	10.4 0/0	12.8 0/0	10.4 0/0
Oppenheim, 2e —	41 0/0	4 0/0	13 0/0	11 0/0
Westphal	33 0/0			
Eulenburg	36.8 0/0	10.4 0/0		
Landouzy et Ballet	23.2 0/0			
Rehlen	23.2 0/0			
Rosenthal	18 0/0	18 0/0		
Lothar Meyer	0 0/0			

On voit que la proportion des cas de tabes avec antécédents de syphilis subit une diminution notable du moment qu'on défalque les cas où le diagnostic de syphilis ne se basait que sur les indications plus ou moins sûres, fournies par les malades déclarant qu'ils avaient eu autrefois un chancre, induré ou mou, et rien autre dans la suite. Est-il donc si fréquent que l'infection syphilitique ne se révèle à l'extérieur, dans le cours de plusieurs années, que par un simple chancre, sur la verge? Est-il si rare que des personnes étrangères à notre art prennent pour des chancres, des excoriations, des éruptions sur la verge, qui n'ont rien de spécifique ? En qualifiant de douteux les faits où le diagnostic de syphilis reposait sur des indications si peu sûres, nous sommes loin de suspecter la compétence de ceux qui n'ont pas hésité à ranger ces faits dans la catégorie des cas de tabes avec antécédents de syphilis ; nous constatons la facilité qu'ils ont mis à voir la syphilis là où son existence était douteuse. Fournier, quand il s'élève contre le reproche adressé à certains syphiligraphes, « de voir la vérole partout », peut avoir raison de prétendre que nous ne voyons pas encore la syphilis partout où elle est. Mais Lewin, dont l'expérience est grande en cette matière, n'a certainement pas eu tort d'affirmer qu'il n'est pas très rare de nos jours que des malades se donnent pour syphilitiques, qui ne l'ont jamais été. Et quand Lewin exprime son étonnement au sujet du grand nombre de syphilitiques que Fournier a découverts, parmi les malades qui sont venus le consulter avec les symptômes du tabes, on peut lui objecter que certaines circonstances de milieu et de clientèle sont propres à tout expliquer. Serait-il téméraire de supposer, qu'avec le renom mérité que lui ont valu ses travaux, Fournier est dans le cas de compter, parmi ceux

qui font appel à ses lumières, une proportion plus grande de syphilitiques, que n'en compte la grande masse des médecins ? Ce renom n'éloigne-t-il pas peut-être, dans une notable mesure, les malades de certaines classes, qui ont échappé aux atteintes de la vérole dont les traces n'ont jamais passé pour glorieuses ? Questions délicates, sur lesquelles nous nous garderons d'insister. Nous ajouterons seulement que lorsqu'il estime la syphilis de huit à neuf fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme, Fournier donne une évaluation qui évidemment ne saurait s'appliquer à tous les milieux sociaux. Tandis que tous les médecins qui ont observé un grand nombre de cas de tabes sont d'accord pour déclarer que cette maladie est de beaucoup moins fréquente chez la femme que chez l'homme, à tous les degrés de l'échelle sociale. C'est ce que Raymond a pu constater à l'hospice des incurables d'Ivry, où viennent échouer les épaves des classes malheureuses, trop souvent exposées aux doubles atteintes de la misère et du vice.

Avant d'en finir avec ce qui a trait aux recherches faites en vue de connaître la fréquence des antécédents de syphilis chez les malades affectés du tabes, il nous reste à dire deux mots des enquêtes complémentaires auxquelles se sont livrés quelques médecins, dans le but de se renseigner sur la fréquence des antécédents constitutionnels chez des sujets n'offrant aucun symptôme du tabes.

Nous avons dit plus haut qu'Erb a présidé à une contre-enquête de ce genre, qui a donné les résultats suivants :

Sur 1,200 sujets non affectés de tabes
- 77,75 0/0 n'avaient pas subi d'infection syphilitique ;
- 12,50 0/0 avaient eu un chancre seulement ;
- 10,25 0/0 avaient eu un chancre et des manifestations secondaires.

Nous avons mentionné les résultats de l'enquête faite par Althaus, pour établir la fréquence relative des antécédents de syphilis chez des catégories de malades atteints de diverses affections nerveuses? Cette statistique (voir p. 332) est de nature à faire admettre que la fréquence des antécédents constitutionnels est beaucoup plus grande dans les cas de tabes dorsalis, que dans les cas de neurasthénie, d'hémiplégie, d'épilepsie, de névralgie.

Remak, entre autres, avait exprimé le vœu de voir les syphiligraphes rechercher dans quelle proportion les malades qui viennent se confier à leur soin deviennent tabétiques. Une contre-enquête de ce genre a été faite pour la première fois par M. Reumont, d'Aix-la-Chapelle. Ce médecin a recueilli des renseignements sur les maladies consécutives survenues chez 3,400 personnes qui avaient été traitées pour des manifestations de la syphilis. Sur ces 3,400 syphilitiques :

290 = 8 1/2 0/0 ont présenté dans la suite, les symptômes d'une affection du système nerveux, à savoir :
69 = 2 0/0, les symptômes d'une affection de la moelle ou de ses enveloppes ;
40 = 1,28 0/0, les symptômes du tabes dorsalis.

Cette maigre proportion de 40 tabétiques recrutés parmi cette pha-

lange, si respectable, comme nombre, de 3,400 syphilitiques, a inspiré à Reumont une conclusion toute autre que celle à laquelle on était en droit de s'attendre. Reumont n'hésite pas à déclarer que la syphilis doit être considérée comme une des principales influences qui interviennent dans l'étiologie du tabes ; il réserve ses doutes pour le seul point qui est de savoir si la syphilis joue, par rapport au tabes, le rôle d'une simple cause prédisposante, ou si c'est une cause occasionnelle. A ceux qui seraient tentés de s'étonner du petit nombre de cas de tabes relevés dans sa statistique, Reumont se contente de répondre que bon nombre des observations qu'il a utilisées pour son travail remontent à une époque déjà lointaine (10 et 20 ans), où la symptomatologie du tabes était mal connue, où, par conséquent, l'existence de cette maladie pourvait être facilement méconnue, qu'il est vraisemblable dès lors qu'une enquête portant sur des faits plus récents donnerait une proportion de tabétiques plus considérable. Cet artifice de raisonnement ne saurait conférer aux documents sur lesquels se base Reumont une valeur qu'ils n'ont pas.

La même contre-enquête a été reprise, d'une façon beaucoup plus sérieuse, par Oppenheim. Il est aujourd'hui de notoriété courante qu'un des signes premiers en date du tabes dorsalis, consiste dans l'abolition du phénomène du genou, de ce qu'on appelle encore le réflexe patellaire. Oppenheim s'est donné la tâche d'étudier l'état du réflexe patellaire chez 70 syphilitiques en traitement à l'hôpital de la Charité, de Berlin. Chez tous ces malades, l'époque de la contamination remontait à cinq ans au minimum. Il s'en est trouvé un seul, chez lequel il était impossible de développer le réflexe patellaire, autrement dit le soulèvement de la jambe provoqué par la brusque percussion du tendon du triceps crural. Ce malade ne présentait d'ailleurs aucune autre manifestation du tabes dorsalis. Nous rappellerons incidemment que l'abolition du phénomène du genou n'est pas un signe appartenant en propre à la symptomatologie du tabes dorsalis.

A propos des résultats annoncés par Oppenheim, Lewin, de Berlin, fit savoir que, depuis 1865, il avait été à même de recueillir des renseignements sur l'état consécutif d'environ 800 personnes qui étaient venues réclamer des soins pour des accidents syphilitiques; 5 seulement sont revenues se faire traiter pour des affections des centres nerveux. Aucun de ces cinq malades ne présentait les symptômes du tabes.

Enfin, Bernhardt a repris sur des malades l'enquête qu'Erb (voir plus haut, p. 329) avait fait porter sur des personnes pour la plupart bien portantes ; il s'est enquis de la fréquence relative des antécédents syphilitiques chez des sujets affectés de maladies autres que le tabes dorsalis.

Sur 100 *tuberculeux*, il s'en est rencontré 26 qui avaient eu antérieurement des accidents syphilitiques (parmi lesquels l'auteur fait figurer les chancres mous).

Sur 25 personnes affectées de maladies du système nerveux, autres que le tabes, 38 0/0 avaient contracté antérieurement la syphilis (23 0/0 en défalquant les cas de chancre mou).

Il est difficile de tirer de chiffres aussi contradictoires une conclusion générale. Le seul point qui se dégage de ces nombreuses statistiques, c'est que pour être variable, la fréquence des antécédents de syphilis chez les malades affectés du tabes est réelle.

III

Nous abordons maintenant la troisième question préjudicielle, celle que Fournier a formulée en ces termes : *Quel bénéfice les malades tabétiques, de par la syphilis, ont-ils à attendre du traitement antisyphilitique,* formule que nous modifierons ainsi : Quels résultats a-t-on obtenus et peut-on espérer obtenir, chez les malades affectés du tabes dorsal qui ont eu des manifestations de la syphilis ?

Voici d'abord la réponse que Fournier a faite à cette question dont l'importance pratique est évidente. Partant de ce point, qui n'est pas contestable, que les effets thérapeutiques à attendre du traitement antisyphilitique, et de tout autre traitement, ajouterons-nous, doivent différer suivant l'époque de la maladie où le médecin est appelé à intervenir, Fournier a donné les renseignements suivants, sur les résultats qu'il a obtenus chez ses malades.

Tout d'abord « contre un tabes ancien, confirmé, s'accusant déjà par des désordres locomoteurs bien accentués, par des troubles intenses de sensibilité, par des troubles génito-urinaires, etc., ou bien encore contre un tabes fruste à forme oculaire, ayant déterminé déjà une amblyopie voisine de l'amaurose, *le traitement spécifique* ne fait ni plus ni mieux que n'importe quel autre traitement ; il *ne fait rien*, *il reste absolument inerte* ». Voilà qui est catégorique.

Au contraire, quand le tabes est moins ancien et à *fortiori* quand il est jeune, le traitement spécifique devient susceptible de fournir des résultats thérapeutiques réels, qui ont été de trois ordres dans les observations sur lesquelles Fournier fonde cette assertion :

Tantôt il a été possible d'influencer favorablement divers symptômes, sans que la maladie fût modifiée dans son ensemble, ni enrayée dans son évolution progressive.

D'autres fois la maladie a été enrayée pour un temps, au point qu'on pouvait croire à une guérison momentanée ; puis elle continuait son évolution progressive ou se compliquait d'accidents d'autre siège. Ce résultat a été obtenu dans une dizaine de cas.

Enfin dans huit autres cas, la maladie a été *immobilisée en l'état* où elle était avant l'intervention du traitement spécifique. Cette immobilisation, qui paraît avoir été définitive, pour le temps pendant lequel les malades sont restés en cours d'observation, ne saurait tout au plus être considérée que comme un succès relatif. Fournier en a fait l'aveu lui-même. « Il est quelques-uns de ces cas où le résultat final est loin d'être brillant, en ce sens que les malades conservent des infirmités sérieuses qui leur créent une existence de valétudinaires ou d'impotents » !

Partant de ces résultats, peu brillants, il faut bien en convenir, Fournier s'est demandé ce qu'on obtiendrait du mercure et de l'iodure de potassium « si on avait l'heureuse chance de pouvoir attaquer avec ces remèdes le tabes *ab ovo*, dès la première éclosion de ses premiers symptômes ? » Tout en convenant de l'impossibilité où l'on se trouve de faire à cette question une réponse valable, il a exprimé pour sa part l'intime conviction de voir un jour ou l'autre des faits bien observés mettre hors

de doute la curabilité du tabes spécifique. Voici les considérations qu'il a développées à ce propos : Les paralysies oculaires sont fréquentes chez les syphilitiques. Sur un total de deux à trois cents malades qu'il a été appelé à traiter dans le cours de sa pratique, pour des paralysies oculaires de cette nature, il en est une quarantaine que Fournier a pu suivre ; tous ont été guéris grâce à l'emploi du traitement spécifique ; aucun de ces malades n'a présenté d'accidents consécutifs de tabes. Or, la paralysie oculaire est une manifestation fréquente de la période præataxique du tabes. Donc il s'est forcément trouvé parmi les malades en question quelques-uns « dont la paralysie oculaire n'était qu'un symptôme initial, une sentinelle avancée du tabes ». Et si, chez ces malades, le tabes (présumé) n'a pas poursuivi sa marche, c'est que, prétend Fournier « le traitement spécifique intense, institué contre les symptômes oculaires et longtemps poursuivi au delà (suivant mon habitude) a coupé court à l'évolution du tabes ». Rappelons, en passant, cette remarque de Westphal, que si les paralysies des muscles de l'œil, d'origine syphilitique, sont curables, c'est parce qu'elles sont occasionnées par des gommes du cerveau, tandis que les paralysies des mêmes muscles, qu'on observe chez les tabétiques, dépendent de lésions autres et comportent un pronostic différent.

Bref, Fournier conclut : qu'à des degrés divers le tabes de la syphilis peut être modifié par le traitement spécifique dans ses symptômes, son évolution, ses terminaisons, sa durée, et il ajoute que c'est là « un fait considérable au point de vue pratique, relativement surtout à une maladie qui jusqu'alors avait déjoué tous les efforts de l'art. »

Ces derniers mots sont propres à faire naître dans beaucoup d'esprits une confusion qu'il importe tout d'abord de dissiper. Avant qu'il fût question de l'origine spécifique du tabes, on avait obtenu avec des médications diverses, des résultats aussi favorables, sinon supérieurs, que ceux qui ont été attribués à la médication spécifique. Raymond, dans son article Tabes, déjà cité, du *Dictionnaire encyclopédique*, donne sur ce point particulier des détails très instructifs, sans se départir un seul instant d'une impartialité irréprochable. Il mentionne qu'Erb, en traitant ses malades par des applications du courant de pile, a obtenu une amélioration franche dans 41 cas sur 66, et que par fois l'amélioration équivalait à une guérison complète. Rumpf, un partisan de la doctrine de Fournier, a publié deux exemples de tabes dorsalis guéri au moyen de la faradisation généralisée ; l'une de ces observations offre cette circonstance importante à noter, c'est que le malade, un syphilitique, avait été soumis à l'administration du mercure et de l'iodure de potassium sans profit aucun !

Des guérisons, des améliorations et ce que Fournier appelle « l'*immobilisation in situ* » ont été attribués à l'hydrothérapie, à l'administration du nitrate d'argent, du seigle ergoté, à l'usage de certaines eaux thermales. Nous n'avons pas qualité pour juger la valeur des résultats annoncés; mais nous partagerions volontiers le scepticisme que Raymond professe pour tout ce qu'on a dit « *de la curabilité complète et définitive* du tabes confirmé ». C'est un point auquel nous croyons devoir consacrer quelques développements.

Guérison définitive veut dire disparition durable de tous les symp-

tômes de la maladie, et Raymond a eu bien raison de prétendre qu'en matière de guérison du tabes, la durée du résultat a une importance capitale. Tous ceux qui ont écrit sur le tabes en s'inspirant des données de l'observation clinique, ont insisté sur la lenteur et l'irrégularité de l'évolution de cette maladie. Il est de règle que des rémissions plus ou moins franches et longues, très longues parfois, se produisent. Ces rémissions peuvent être spontanées ; elles peuvent se produire du fait de l'intervention médicale, plus souvent du fait de certains changements dans les habitudes et la manière de vivre des malades. Raymond a bien fait ressortir combien il est fréquent que les malades, quand ils se soumettent à un traitement en règle, éprouvent du même coup les bénéfices de pareils changements, de sorte que le médecin est exposé à mettre sur le compte du traitement qu'il préconise, des améliorations et des rémissions qu'on peut voir survenir en dehors de toute médication active. A propos d'une observation de Desplats, sur laquelle nous reviendrons, Rathery a cité à la Société médicale des hôpitaux un exemple de tabes, où une rémission spontanée de tous les symptômes simula pendant dix mois la guérison. De pareils faits sont loin d'être exceptionnels. Fournier avait prévu l'objection qu'on en devait tirer, et il l'a réfutée avant la lettre, en déclarant que l'efficacité (relative) du traitement spécifique s'est manifestée dans toute une série de cas, qu'il existait entre la mise en œuvre du traitement et l'atténuation des symptômes un rapport chronologique trop immédiat pour autoriser l'hypothèse d'une simple relation d'éventuelle coïncidence, qu'en définitive *le nombre fait loi.* Mais alors on ne saurait s'en rapporter aux suffrages de ceux, partisans ou non de la doctrine de l'origine syphilitique du tabes, qui ont fait connaître leur opinion sur la valeur du traitement spécifique employé dans les cas de tabes avec antécédents de syphilis ; autrement la doctrine tomberait sous le poids d'une écrasante majorité.

La guérison, pour être considérée comme telle, ne doit pas seulement être définitive comme durée, elle doit aussi être *complète;* c'est-à-dire qu'à la suite du traitement, non seulement les manifestations du tabes mais encore la lésion qui les engendre doit se dissiper. On n'est pas plus en droit de considérer comme étant guéri, un tabétique débarrassé de ses souffrances pour une période de temps dont nous ignorons la durée, et qui conserve des lésions dans la moelle, qu'on n'est en droit de parler de guérison en présence d'un cancéreux qui cesse de souffrir, tout en conservant sa tumeur. Or une observation dont nous avons rendu compte jadis dans ce recueil est bien propre à faire voir combien, en se conformant à ce principe, il faut mettre de circonspection à diagnostiquer des guérisons complètes de tabes. Il s'agit d'un malade qui avait été admis dans le service du professeur Erb, de Heidelberg, avec tous les symptômes du tabes dorsalis confirmé, à la période ataxique, et qui fut traité successivement par le nitrate d'argent à l'intérieur et par les courants galvaniques. Au bout d'un an, tous les symptômes du tabes, sauf l'abolition du phénomène du genou, s'étaient dissipés. Cette guérison apparente s'est maintenue *pendant douze ans*, au bout desquels le sujet fut emporté par une intoxication accidentelle. Un assistant d'Erb, F. Schulze, fit l'autopsie, du patient et constata que la moelle présentait les lésions classiques du tabes parvenu à une période

avancée. Un auteur anglais, Fox, a publié un fait du même genre : rémission complète dans le cours d'un tabes dont le début remontait à quatre ans au moins ; à l'autopsie dégénéroscence type des cordons postérieurs. On conçoit qu'en présence de faits semblables, des neuro-pathologistes de la valeur d'Eulenburg ne parlent de la guérison du tabes qu'avec une certaine réserve, en disant qu'il y a eu guérison dans le *sens clinique* du mot seulement, laissant sous-entendre que la curabilité vraie, complète dans le *sens anatomo-pathologique* du terme, est encore à démontrer. Or une lésion qui subsiste chez un malade que nous croyons guéri est une lésion qui sommeille. Il est plus sage de prévoir son réveil, que méritant de s'attribuer une guérison qui peut n'être que l'œuvre du hasard.

En regard des deux faits de Schultze et de Fox, nous placerons cet autre, mentionné par Debove à la Société médicale des hôpitaux (séance du 22 juin 1883), dans le cours d'une discussion sur la curabilité du tabes spécifique. Debove faisait remarquer qu'à la période des douleurs fulgurantes, il existe déjà, chez les tabétiques, des lésions profondes des cordons postérieurs, dont la réparation lui paraissait chose impossible. C'est du moins la conviction que lui avaient suggérée les résultats d'un certain nombre d'autopsies qu'il avait pratiquées à Bicêtre et ailleurs; Debove a cité le cas d'une femme, atteinte d'insuffisance mitrale et se plaignant de douleurs fulgurantes. Il n'existait pas de trace d'incoordination motrice. Cette femme succomba ; à l'autopsie on trouva dans la moelle des lésions très avancées de sclérose des cordons postérieurs. Tout cela prouve que, quand nous sommes appelés à diagnostiquer un cas de tabes vrai, il existe déjà des lésions, qui, de l'aveu de Fournier, sont irréparables. Sur ce point la lumière est faite ; il suffit, pour s'en convaincre, de prendre connaissance des faits réunis par Raymond dans son travail cité plus haut, et qui sont relatifs aux lésions de la moelle dans les cas de tabes au début.

Il est à remarquer, d'autre part, que les principales observations de tabes guéri, qu'on a citées dans ces derniers temps, sont discutables au point de vue du diagnostic.

Ainsi dans une observation de Rumpf, les symptômes du tabes confirmé n'avaient pas mis plus de trois mois à se développer et à réaliser le tableau de la maladie à la période d'état ; or à propos d'un cas semblable relaté, à la Société médicale des hôpitaux, par Desnos, Debove faisait remarquer que le tabes est une maladie essentiellement chronique, à marche très lente, dont l'évolution embrasse un grand nombre d'années. Raymond a adopté la même manière de voir dans son article *tabes*, et nous ne croyons pas nous heurter à beaucoup de contradicteurs, en affirmant que l'opinion de Debove et de Raymond est celle de tous les neuro-pathologistes : L'ataxie aiguë n'a rien à voir avec la maladie de Duchenne.

On ne saurait pas non plus assimiler à cette maladie des affections des centres nerveux qui s'accompagnent, se compliquent, pour dire le mot, de symptômes tabétiques. Rosenthal, Westphal, pour ne citer que deux autorités, ont insisté sur ce point. Or bon nombre des observations relatées par Fournier, dans son livre sur l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique rentrent dans les cadres de ces *formes mixtes* d'affections des centres nerveux, décrites sous les noms d'*affections systématiques combinées*

et dont l'étude, toute récente, a été ébauchée par Westphal, Kahler et Pick, Strumpell, Charcot, Damaschino, etc. Fournier a inséré dans son livre une observation inédite de Tennesson, qui se rattache à ce groupe encore insuffisamment connu, et qui ne saurait dès lors passer pour un exemple de *tabes,* d'origine syphilitique, guéri à l'aide du traitement spécifique. Tennesson ne s'y est point trompé, car il avait ajouté très judicieusement qu'il ne s'agissait pas d'un cas d'ataxie pure et simple, se rapportant à la maladie décrite par Duchenne, de Boulogne.

Köbner, à propos de la communication de Leyden à la Société de médecine interne de Berlin, déclarait qu'il avait vu bon nombre de syphilitiques présenter des accidents relevant de lésions du système nerveux, mélangés de symptômes tabétiques, et plus ou moins justiciables du traitement spécifique. Ce sont précisément des observations de ce genre que Reumont nous paraît avoir données pour des cas de tabes syphilitique, au nombre de 15, améliorés ou guéris par le traitement spécifique associé à l'usage des thermes d'Aix-la-Chapelle. Bernhardt, de Berlin, en rendant compte de ces observations, a également suspecté la validité du diagnostic.

La même critique s'adresse à une observation de Desplats et une autre de Dubuc, qui ont été données comme des exemples de tabes syphilitique guéri ou amélioré par le traitement spécifique ; ces observations rentrent dans le cadre de la syphilis cérébro-spinale, comme l'a fait observer de Ranse, dans la discussion soulevée à la Société de médecine de Paris (25 novembre 1882) par la communication de M. Dubuc.

Il est une autre cause d'erreur, que celle qui consiste à confondre avec le tabes classique, des myélites, syphilitiques ou non, qui se traduisent par un certain nombre de manifestations tabétiques. Cette cause d'erreur nous a été révélée par la découverte récente de cas de *pseudo-tabes*, qui se caractérisent par l'absence de lésions spinales, par des dégénérescences de nerfs périphériques. Il s'agit là, en un mot, d'une névrite périphérique multiple, pouvant se manifester sous des dehors variés, entre autres sous les allures plus ou moins analogues à celles du tabes. Naturellement, dans ces cas, l'évolution des accidents est aiguë ou subaiguë. Le siège du mal étant plus accessible à nos moyens de traitement, il n'y a point à s'étonner que ces cas de névrite multiples, évoluant sous les dehors du tabes ou avec une autre phénoménalité (paralysie générale spinale subaiguë) soient susceptibles de guérir. C'est sans doute à cette variété de pseudo-tabes, que se rattachait le cas d'ataxie syphilitique aiguë, relatée par Desnos, à la Société médicale des hôpitaux (12 juin 1883). Présenter de pareils cas comme des exemples de tabes syphilitique guéris à l'aide du traitement spécifique, nous paraît beaucoup moins rationnel que de suivre la conduite inverse, d'admettre, à l'exemple de Hirt que, vu l'évolution aiguë, la phénoménalité fruste et surtout la curabilité de ces cas, il s'agissait non point du tabes vrai, mais d'un pseudo-tabes, d'une polynévrite. Des faits récents, que nous avons analysés dans un des derniers fascicules de ce recueil, ont donné un intérêt nouveau à l'étude de la polynévrite, question qui reste ouverte et qui nous ménage, selon toute apparence, des révélations curieuses dans un avenir prochain.

Quoi qu'il en soit, les faits de prétendue guérison d'un tabes réputé

spécifique sont à la fois en trop petit nombre, trop discutables au point de vue du diagnostic ou de la durée du résultat attribué à la médication mise en œuvre, pour faire échec à l'avis de la presque unanimité de ceux qui ont traité ce point de thérapeutique. Donc, qu'il ait été ou non précédé par des manifestations de la syphilis, le tabes vrai, la maladie que nous ont fait connaître les travaux de Duchenne, de Romberg, de Charcot et de ses élèves, d'Erb, de Westphal, etc., etc., ce tabes, le seul authentique, est toujours justiciable des mêmes *moyens palliatifs;* sa curabilité, dans le sens vrai du mot, est encore à démontrer; tandis que l'inefficacité du traitement spécifique est hors de doute.

Mais il y a plus; le traitement spécifique, dont presque tous les auteurs s'accordent à proclamer l'inefficacité contre le tabes d'origine présumée syphilitique, n'est pas toujours inoffensif; d'après certains témoignages que nous allons rappeler, la mise en œuvre de ce traitement est susceptible de produire une aggravation du tabes.

Ainsi Voigt déclare que les indications thérapeutiques à remplir et les remèdes à employer sont les mêmes dans tous les cas de tabes, qu'il y ait ou non des antécédents de syphilis. Il ajoute que le traitement mercuriel est inefficace et que l'administration prolongée des mercuriaux peut imprimer à la maladie une aggravation sérieuse.

Buzzard ne se borne pas à l'aveu de l'inefficacité complète de la médication spécifique dans les cas de tabes avec antécédents constitutionnels; il incline à croire que les frictions mercurielles produisent plutôt du mal que du bien. Pusinelli, sur cinq cas de ce genre traités par les mercuriaux et l'iodure de potassium, en compte quatre où les résultats obtenus ont été douteux et un où le traitement a été suivi d'une aggravation manifeste.

Benedikt déclare que, dans les cas de tabes chez des sujets qui ont contracté antérieurement la syphilis, l'emploi des frictions mercurielles a souvent pour unique résultat d'imprimer une aggravation marquée à la maladie spinale.

Rosenthal, sur 19 cas de tabes avec antécédents de syphilis en compte 5 qui ont subi une aggravation sous l'influence du traitement spécifique.

Abadie a déclaré que les préparations mercurielles lui ont toujours paru nuisibles, dans l'atrophie des nerfs optiques, qu'elle appartienne à la véritable ataxie locomotrice ou qu'elle survienne sans autre complication, chez des individus ayant eu franchement la syphilis ou tout au moins un chancre; qu'il n'avait pas connaissance qu'une atrophie ataxique, même prise tout à fait au début et traitée de la façon la plus énergique, ait été modifiée par le traitement.

Le professeur Leyden, dans sa communication à la Société de médecine de Berlin, sur les rapports de la syphilis et du tabes, a soutenu que le traitement spécifique est impuissant contre le tabes qui se développe chez des sujets ayant eu la syphilis; que les résultats favorables portés par certains médecins à l'actif de la médication spécifique ne dépassent pas les limites des oscillations spontanées qu'on observe dans le cours de la maladie; qu'il connaissait aussi pour sa part des exemples de tabétiques dont l'état a été aggravé par des traitements mercuriels répétés.

Debove, cité par Raymond, a tiré la même conclusion des faits empruntés à sa pratique personnelle.

IV

Pour juger la question des relations du tabes dorsal et de la syphilis, on a également fait intervenir dans le débat l'anatomie pathologique. Ce faisant, on a peut-être un peu trop oublié que l'anatomie pathologique du tabes dorsal est encore très insuffisamment connue : la nature (inflammatoire ou dégénérative) des altérations spinales, la qualité des éléments histologiques primitivement atteints, l'exacte topographie des lésions, leur mode d'extension dans le sens transversal et longitudinal, la distribution systématique ou diffuse des altérations centrales considérées dans leur ensemble sont autant de points sur lesquels règne encore une grande obscurité. Une chose cependant est reconnue par tous les auteurs comme hors de conteste, c'est que : au point de vue de l'anatomie pathologique comme au point de vue de la symptomatologie, le tabes vrai ne présente pas de différence chez les sujets qui ont contracté la syphilis et chez ceux qui n'ont pas eu cette maladie avant le développement des premiers symptômes de l'affection spinale. A propos de ce caractère négatif du tabes prétendu spécifique, on a fait remarquer, cela devait être, que les lésions des centres nerveux qui portent l'empreinte irrécusable de la syphilis affectent de tout autres caractères que les lésions du tabes classique, que tantôt elles sont circonscrites et disséminées, tantôt diffuses, c'est-à-dire sans délimitation précise et intéressant les systèmes fonctionnels les plus variés, avec une tendance plus grande à se propager dans le sens transversal que dans le sens de la longueur.

Pour ce qui concerne en particulier les altérations du nerf optique, Abadie, dans une note qui renferme des arguments de grande valeur contre la doctrine du tabes spécifique, a fait les remarques suivantes : sous l'influence de la syphilis, il se produit très souvent des névrites localisées aux nerfs optiques. En pareils cas, l'ophthalmoscope fait constater une infiltration diffuse qui occupe la surface du nerf optique. Il n'est pas une seule lésion connue de la syphilis, qui ne débute par des modifications dans le système lymphatico-sanguin de la région intéressée. Tantôt c'est une simple rougeur, tantôt une ulcération, ailleurs une infiltration, des exsudats qui annoncent toujours l'apparition des manifestations syphilitiques. Or rien de pareil ne s'observe dans l'atrophie tabétique; à aucune époque de son apparition et de sa durée, cette atrophie ne revêt une apparence inflammatoire. Les modifications qui surviennent lentement dans le tissu nerveux se traduisent par une simple décoloration. Enfin, autant l'atrophie tabétique est rebelle à nos moyens de traitement, autant la névrite syphilitique est curable par les agents appropriés.

V

Quelles conclusions tirer de tout ce qui précède ? Si, sans parti pris aucun, nous laissons parler les faits et les chiffres, voici ce qui se dé-

gage de la série plus ou moins fastidieuse des documents que nous avons passés en revue :

La recherche des antécédents morbides chez les malades affectés du tabes dorsal a souvent fourni des preuves ou des présomptions d'une contamination syphilitique passée.

Presque toujours, ces preuves ou ces présomptions reposaient sur les seuls renseignements donnés par les malades. Les cas sont tout à fait exceptionnels, où avec un tabes dorsalis en cours d'évolution coexistaient des manifestations patentes de la syphilis.

Dans la très grande majorité des cas, un délai fort long s'était écoulé entre l'époque de la contamination syphilitique et l'apparition des premiers symptômes du tabes.

Les estimations données par différents auteurs, de la fréquence des antécédents de syphilis chez les malades affectés du tabes, varient entre les limites les plus étendues (de 100 0/0 à 0/0).

Certaines circonstances sont de nature à rendre compte, en partie, de ces différences d'estimation : tandis que les uns se sont contentés de l'aveu d'un chancre de plus ou moins vieille date, pour taxer leurs malades de syphilitiques, et ont accordé une égale signification au chancre mou et au chancre induré en établissant ce diagnostic rétrospectif, d'autres se sont montrés plus sévères et n'ont conclu aux antécédents de syphilis que devant l'aveu formel de manifestations dites secondaires, survenues consécutivement à un chancre. En outre, les partisans de l'origine syphilitique du tabes ont souvent mis une complaisance évidente à confondre avec le tabes vrai, des cas de pseudo-tabes ou d'affections mal définies des centres nerveux, compliqués de symptômes tabétiques.

Les cas de tabes vrai ne diffèrent pas entre eux, ni quant à leur phénoménalité ni quant à leur évolution, chez des sujets qui ont eu et chez ceux qui n'ont pas eu la syphilis.

Dans les deux cas, la maladie se révèle à l'autopsie par les mêmes lésions des centres nerveux. Il est assez rare qu'on rencontre, dans d'autres organes, des lésions syphilitiques contemporaines.

Dans les deux cas, la maladie est justiciable des mêmes agents palliatifs; en tant que lésion, elle paraît avoir résisté jusqu'ici à tout espèce de traitement.

Chez les sujets qui ont eu la syphilis, le traitement spécifique est impuissant contre le tabes vrai; cette maladie s'est quelquefois développée pendant ou peu après une cure antisyphilitique.

Quand des manifestations extérieures de la syphilis coexistent avec la maladie de Duchenne, c'est-à-dire avec le tabes vrai, le traitement spécifique dissipe les premières, et laisse subsister la seconde ou l'aggrave. Cette aggravation imprimée par un traitement mercuriel au tabes dorsal, chez des malades qui accusaient des antécédents de syphilis, a été notée dans un assez grand nombre de cas.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1885.

Abcès. — Abcès froids des parois thoraciques, par Terrillon. (*Progrès médical*, 31 janvier.) — Pathogénie des abcès fétides des membres, par Nepveu. (*Gaz. méd. de Paris*, 18 avril.)

Absorption. — De l'absorption des remèdes par la peau chez l'homme, par Fédorow. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*)

Abdomen. — Observation d'abcès pelvien compliqué de disjonction de la symphise pubienne, par Thruston. (*Med. News*, 21 février.) — Phlegmon de la cavité de Retzius, mort, par J. Para. (*Ann. méd. chir.*, mars.) — Des lésions de l'intestin et de l'estomac consécutives aux contusions abdominales, par Coillot (*Thèse de Paris*, 16 mai.) — Coup de feu dans l'abdomen; perforation des intestins; laparotomie; mort, par Annandale. (*Lancet*, 25 avril.) — Plaie perforante de l'abdomen par arme à feu, par Wight, (*Lancet*, 7 février.) — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, par Péan. (Tome 2e, 264 fig., in-8o, Paris.) — De l'incision exploratrice dans les tumeurs abdominales, par Carilian. (*Thèse de Paris*, 20 fév.)— Traitement de l'hydropisie par des solutions concentrées de sels cathartiques, par Eggleston (*Journ. of. americ. med. assoc.*, 28 mars.)

Accouchement. — Science et art des accouchements, par W. Thompson Lusk, traduit par Doléris. (In-8o, Paris). — Statistique de six cents accouchements, par W.W. Wellington. (*Boston med. and surg. journal*, 27 novembre 1884.) — Sur un point du mécanisme de l'accouchement, étiologie des positions rares du sommet, par Sadoc. (*Thèse de Paris*, 28 février.) — Un cas d'accouchement compliqué de tabes dorsal, par Litchkous. (*Vratch*, no 17.)— De l'accouchement prématuré à l'aide de la sonde bougie, par Bajon. (*Thèse de Paris*, 2 mai.) — Détachement prématuré du placenta pendant le travail comme cause probable d'accouchement de mort-nés, quand aucune autre cause ne peut être invoquée, par Getz. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 17 janvier.) — Cause peu commune de diagnostic due à l'exagération d'un phénomène physiologique, par Stapfer. (*Union médicale*, 26 février.) — Des déformations du rachis dans leurs rapports avec l'obstétrique, par Barbour. (In-8o, Londres). — Dystocie par A. Bouchacourt. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série, t. XXXI, 1re partie.)—Emploi du bichlorure de mercure en obstétrique, par Garcin. (*Thèse de Paris*, 16 janvier.)

Addison (Mal. d'). — De la maladie d'Addison, par Spannochi. (*Gaz. degli Ospit.*, n° 5.)

Aérothérapie. — Histoire et valeur de l'aérothérapie en médecine, par Fasano. (Broch. *Turin.*) — De l'influence des bains d'air chaud et sec, par F. Pasternotzki. (*Vratch*, n° 15.) — La gymnastique pulmonaire. Guide pour la diététique et l'éducation gymnastique des organes respiratoires, par Th. Huperz. (*Neuwied.*)

Ainhum. — Un cas d'ainhum, par Al. Ruault. (*Soc. anat.*, 17 oct. 1884.)

Air. — Evaluation de l'acide carbonique de l'air par le procédé de Wolpert, par A. Eckert. (*Vratch*, n° 3.)

Albuminoïde. — Nouvelle peptone de viande, par W. Kochs. (*Bonn.*)

Albuminurie. — L'albuminurie comme symptôme diagnostique, par G. Chapiro. (*Vratch*, n° 12.) — De l'albuminurie graisseuse des chats, par Mathis. (*Lyon méd.*, 15 mars.) — Etude de l'albuminurie dans la variole, par Bourgin. (*Thèse de Lyon.*)

Alcoolisme. — Intoxication par les vins fraudés, par Grancher. (*Gaz. des hôp.*, 28 mars.) — Plan de lutte contre l'alcoolisme par la société agissant librement, par W. Kempin. (*Thalweil.*) — L'alcoolisme des campagnes; action de l'eau-de-vie de cidre sur l'économie, par Devoisins. (In-8°, *Paris.*) — Sur les paralysies alcooliques, par Œttinger. (*Thèse de Paris*, 17 avril.) — Contribution à l'étude de l'automatisme ou somnambulisme chez les ivrognes, par A. Govsiéeff. (*Arch. psich., néirolog. i soud. psichopat*, n° 1.)— Delirium tremens, par Whittaker. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 17 janvier.) — Delirium tremens et délire traumatique, par Rose. (In-8°, *Stuttgard.*)— Cent huit milligrammes de sulfate de strychnine administrés avec succès en 24 heures dans un cas de delirium tremens, par Lardier. (*Gaz. heb. de méd.*, 2 janvier.)

Aliment. — Les légumineux comme aliment populaire, par Schuler. (*Zurich.*) — De l'alimentation artificielle des nourrissons par le mélange de Jakobi, par Boudzko. (*Méd. obosrénié*, n° 6.) — Sur les recherches concernant les rations alimentaires des individus sains et des malades, principalement dans les hôpitaux, les infirmeries et les prisons des différents pays, par P. L. Panum. (*Nord. med. Ark.* 1884, n° 24.) — Documents sur les falsifications des matières alimentaires et sur les travaux du laboratoire municipal, 2e rapport par Ch. Girard. (In-4°, *Paris.*)

Aliénation. — La situation des aliénés en Russie, par P. Kovalévski. (*Arch. pichiatrii i neurologuii*, n° 1.)—La vie dans les asiles d'aliénés à l'étranger (Amérique), par M. Lion. (*Archiv. psichiatrii i neurologuii*, n° 1). — Note sur les établissements d'aliénés en Norwége, par Moreau. (*Ann. méd. psychol.*, janv.) — Hospices de passage pour le traitement des maladies mentales aigües, par J. Van Bibber. (*Am. journ. of the med. sc.*, janvier.) — La classification des phrénopathies, par Salemi-Pace. (*Il Pisani*, année VI.) — Aliénation et névroses, par Savage. (In-12, *Londres.*) — Etude sur les aliénés dangereux dits criminels, par Louis Jean. (*Thèse de Paris*, 26 mai.)— Du sommeil pathologique chez les aliénés, par Semelaigne. (*Ann. méd. psychol.*, janvier.) — De l'état des réflexes chez les aliénés, par S. Soviérow. (*Arch. psichiatr. i névrolog.*, nos 2 et 3.) — Etude du sang chez les aliénés, par Rutherford Macphail. (*Journ. of mental sc.*, janv.) — Les cardiopathies chez les fous, leur pathogénie; étude anatomo-pathologique, par Salemi-Pace. (Broch. *Palerme*, 1883.) — Des troubles mentaux dans la sénilité précoce et rapide, par Charpentier. (*Annales

méd. psychol., n° 2.) — Le mécanisme du délire dans la folie primaire, par ROSENBACH. (*Viéstnik klinitch i soudebn. psichiatrii*, vol. II, 1884.) — Du délire aigu, par BALL. (*L'encéphale*, mars.) — Aliénation morale, par S. BIÉLAKOW. (*Arch. psichiatr i nevrolog.*, nos 2 et 3). — Les perversions du sens sexuel, par V. TARNOVSKI. (*Viéstnik klinitch i soudebn. psichiatrii*, 1884, vol. II.) — Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles, par MAGNAN. (*Tribune méd.*, 7 et 15 février.) — De la folie du doute, par A. MAC LANE HAMILTON. (*Am. journ. of the med. sc.*, janvier.) — Les attentats aux mœurs commis par les aliénés, par GIRAUD. (*Ann. méd. psych.*, janv.) — Note sur l'emploi de l'électricité dans les maladies mentales, par WATTEVILLE. (*Journ. of ment. sc.*, janvier.)

Amputation. — Résultats des amputations pratiquées à l'infirmerie de Newcastle-on-Tyne, pendant les années 1883-1884, par F. PAGE. (*Lancet*, 14 mars.) — Amputation congénitale des doigts, par TRONCHET. (*Bull. soc. d'anatom.*, Bordeaux, 27 janvier.) — Arrachement de la main : amputation de l'avant-bras au tiers supérieur, gangrène du moignon : amputation du quart supérieur de l'humérus, hémorragie secondaire, ligature de la sous-clavière : guérison, par GOLDSMITH. (*Brit med. journ.*, p. 1240, déc. 1884.) — Un cas de désarticulation de l'épaule gauche, par TESSON. (*Bull. de la soc. de méd. d'Angers*, 2e semestre 1884.) — De l'amputation de la jambe à lambeau externe, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.*, 10 février.) — Note critique à propos d'un cas de désarticulation ancienne du genou, suivie d'autopsie, par HAGIESCON. (*Thèse de Paris*, 13 fév.) — Amputation fémoro-condylienne du genou, par VASLIN. (*Bull. de la soc. de méd. d'Angers*, 2e semestre 1884.)

Amygdale. — Un cas de calcul de l'amygdale droite, par PARGAMINE. (*Vratch*, n° 18.) — Quelques considérations à propos de ce cas, par K. VINOGRADOW. (*Ibid.*) — Epithélioma de l'amygdale et du voile du palais. Ablation. Récidive. Mort par hémorragie, par BERTHOD et BARLIER. (*Gaz. méd. de Paris*, 3 janvier.)

Anatomie. — Nouveaux éléments d'histologie, par KLEIN, traduit par Variot. (In-12, *Paris.*) — Recherches sur la morphologie et la physiologie des cellules, par HERTWIG. (In-8°, *Iena.*) — Manuel de dissection, par HOLDEN. (*Philadelphie*, 5e édit.) — Systèmes anatomiques ou organiques, par CH. ROBIN. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e édit., t. XV, 1re partie.) — Parenchyme, par C. ROBIN. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXI, 1re partie.)

Anémie. — De l'anémie et de la chlorose, par PETERS. (In-8°, *Leipsig.*) — Un cas d'anémie pernicieuse, par WESTBROOK. (*New York med. journ.* 15 novembre 1884.) — Anémie progressive traitée d'abord par l'arsenic sans résultat et guérie par le fer, par FINLAY. (*Lancet*, 28 février.) — Sur un cas d'anémie pernicieuse. Guérison, par G. B. SHATTUCK. (*Boston med. and surg. journ.*, 1er janv.)

Anesthésie. — Modifications apportées dans les exhalations de l'acide carbonique sous l'influence de l'inhalation chloroformique, par PALIS. (*Thèse de Paris*, 7 mars.) — De quelques appareils pour l'anesthésie, par TYRRELL. (*St-Thomas's hosp. Rep.* XIII, p. 277.) — Etude expérimentale sur les anesthésiques (donne la préférence à l'éther), par WATSON. (*Trans. of amer med. Assoc.* II, p. 19.) — Quelques-uns des dangers et des inconvenients de l'anesthésie, par CHEEVER. (*Ibid.* p. 41.) — L'administration de l'éther par le rectum, par SANDS. (*Med. News*, p. 50, 10 janvier.) — Etudes sur

l'inhalation du formène et du formène monochloré, par Regnauld et Villejean. (*Acad. des sc.*, 13 avril.) — Etudes sur l'inhalation du formène bichloré (chlorure de méthylène) et du formène tétrachloré (perchlorure de carbone), par Regnault et Villejean. (*Acad. des sc.*, 27 avril.) — Sur un hydrate de chloroforme, par Chancel et Parmentier. (*Acad. des sc.*, 5 janvier.) — De l'anesthésie en chirurgie oculaire, par Baudry. (*Bull. méd. du Nord*, février, mars.) — L'anesthésie et les dentistes, par E. David. (*Gaz. des hôp.*, 3 fév.) — De l'anesthésie cutanée locale par le chlorhydrate de cocaïne, par Barette. (*Le concours méd.*, 4 avril.) — Le bromure d'éthyle comme anesthésique obstétrical, par Montgomery. (*Med. News*, 18 avril, p. 442.)

Anévrisme. — Un cas d'anévrismes intra-cardiaques multiples, par Standford. (*Lancet*, 31 janvier.) — Obs. d'anévrisme de la crosse de l'aorte présentant des difficultés insolites de diagnostic, par Flint. (*Med. New.*, p. 272, 7 mars.) — De la valeur des phénomènes papillaires dans le diagnostic des anévrismes thoraciques, par Finlayson. (*Lancet*, 3 janvier.) — — De la valeur de l'absence du pouls radial, comme signe diagnostique des anévrismes latents de la crosse de l'aorte, par Rendu. (*Soc. méd. des hôpit.*, 8 avril.)— Anévrisme cirsoïde du cuir chevelu, traité par la ligature de l'artère carotide primitive, suivie de plusieurs ligatures au voisinage de la lésion. (*Lancet*, 4 avril.) — Anévrisme abdominal, rupture dans le duodénum, par Coupland. (*Med. Times*, 21 juillet 1883.) — Anévrisme du tiers supérieur de l'artère brachiale, par J. Buchanan. (*Lancet*, 24 janvier.) — Anévrisme iléo-fémoral traité avec succès par la compression directe, par Berry. (*Lancet*, 14 mars.) — Anévrisme de la poplitée droite, ligature et guérison, par P. Morelli. (*Il Morgagni*, I, n° 2.) — Un cas obscur d'anévrisme poplité simulant un sarcome, par F. Shepherd. (*Am. journ. of the med. sc.*, janvier.) — Anévrisme de l'artère poplitée. Ligature : gangrène de la jambe : amputation, par Petit. (*Bull. soc. d'an. et phys. de Bordeaux*, 19 février.)

Angine. — De l'angine infectieuse simple primitive, par Milsonneau (*Thèse de Paris*, 27 avril.)

Anomalie.—Ectopie du rein et du ligament large gauche, utérus unicorne, par Dubar. (*Soc. anatom.*, 30 mai.) — Sur une anomalie singulière des axes vertébraux et des vertèbres lombaires, par Broca. (*Soc. anat.*, 30 mai 1884.)

Anthropologie. — Eléments d'anthropologie générale, par P. Topinard. (In-8°, 1157 pag. Paris.) — Procédé de mensuration des os longs dans le but de reconstituer la taille, par Topinard. (*Bull. soc. d'anthrop.*, 5 févr.)

Anus. — Des collections purulentes et des fistules bilatérales de la région anale, par Mastimghem. (*Thèse de Paris*, 5 juin.) — Un cas de colotomie dans un carcinome du rectum, par N. Véliaminow. (*Chir. Viestnik*, n° 2.)

Aorte. — Rétrécissement congénital de l'aorte, dilatation et hypertrophie du cœur, asystolie, par Camescasse. (*Soc. anat.*, 21 oct. 1884.) — Un cas de sténose de l'aorte d'origine syphylitique, par Nikiforoff. (*Vratch*, n° 5.) — L'oblitération de l'aorte abdominale, étude pathologico-clinique, par V. Cammarere. (*Il Morgagni*, I n°s 1 et 2.)

Appareils. — Un insufflateur très simple pour toutes les cavités du corps, par Voltolini. (*Monatschrift für Ohrenh.*, nov. 1884, n° 11.) — Sur un nouvel appareil dit hémaspectroscope, par de Thiery. (*Acad. des scienc.*, 11 mai.)

Artère. — De l'endartère de l'homme et des animaux mammifères, par Vialleton. (*Thèse de Lyon*, 10 janvier.) — La torsion des artères et l'hémorragie secondaire, par Notta. (*Union médicale*, 17 janvier.) — Des méthodes les plus récentes de compression artérielle, à propos d'un cas de rupture de l'artère fessière, par Sinclair. (*Lancet*, 3 janvier.) — Des blessures de l'artère mammaire interne, par Voss. (In-8°, *Dorpat.*) — Ulcération de l'artère poplitée au contact d'un foyer de suppuration, par Argez. (*Soc. anat.*, 24 oct. 1884.)—Thrombose de l'artère basilaire, par Charlton Bastian (*Lancet*, 21 mars.) — De l'artérite chronique généralisée, étude pathologico-clinique, par Roberto Massalongo. (*Rivista veneta di science mediche*, p. 23.) — Athérome général artériel avec thrombose probable des vaisseaux cérébraux, par Vood. (*Med. News*, 7 février.) — Extirpation de cinq centimètres de la carotide primitive englobée par un néoplasme, hémiplégie, par Bœckel. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er janvier.)

Articulation. — Des arthrites septiques, par Martin. (*Thèse de Paris*, 21 mai.) —De la scapulalgie, par Foulquier. (*Thèse de Paris*, 15 avril.) — Diagnostic de la coxalgie ; des pseudo- coxalgies, par Trélat. (*Union médicale*, 31 janvier.) — Arthrite coxo-fémorale suivie de paralysie passagère du membre inférieur, guérison par les courants continus, puis intermittents, par Descroizilles. (*Gaz. des hôp.*, 15 janvier.) — Fracture comminutive de l'os innominé; ouverture de l'articulation de la hanche ; guérison avec usage complet du membre, par Bull. (*Med. News*, 10 janvier.) — Arthrite suppurée du genou, rupture spontanée de la synoviale, amputation de cuisse, par L. Le Fort. (*Gaz. des hôp.*, 3 mars.) — Entorse du genou, par Jagu. (*Thèse de Paris*, 6 mars.) — De l'entorse péronéo-tibiale supérieure, par Bouilly. (*Annales médico-chirurg.* avril.) — Corps étrangers de l'articulation du genou, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 30 avril.) — Du pronostic et du traitement des fractures avec plaies de l'articulation tibio-tarsienne, par Brault. (*Thèse de Paris*, 14 janv.) — De la cautérisation actuelle dans le traitement des maladies articulaires, par Boutineau. (*Thèse de Paris*, 19 janvier.) — Traitement de l'hygroma par les lavages phéniqués, par Courtade. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 février.)

Asthme. — Obs. d'asthme des foins traité par la galvano cautérisation des fosses nasales, par Thomas. (*Med. News*, 28 février). — Traitement de la fièvre des foins, par L. J. Roush. (*Cincinnatti lancet and clinic.*, 30 août 1884.) — La fièvre des foins est-elle curable ? par William Judkins. (*Medical Record.*, 6 septembre 1884.)— Accès d'asthme coïncidant avec de l'urticaire, par Percy Warner. (*Brit. med. j.* p. 483.)

Avortement. — Grossesse avec fibrome utérin ; avortement à 3 mois et demi, rétention placentaire, mort par péritonite, par Tissier. (*Soc. anat.*, 17 oct. 1884.)

B

Bain. — Des bains et stations climatériques de l'Allemagne, par Gsell-Fells. (In-8°, *Zurich.*)

Biliaires (Voies). — Lithiase biliaire, par Landouzy. (*Gaz. des hôp.*, 20 janv.) — Lithiase biliaire et rénale concomitantes ; cholécystotomie ; mort, par Wright. (*Lancet*, 28 mars.) — La cholécystotomie ; ses indications, ses résultats, revue critique. (*Revue méd.*, 9 mai.)

Biologie. — L'origine de la vie et l'organisation de la matière, par Blanchard. (*Revue scientif.*, 7 fév.)

Blennorragie. — Leçons sur la blennorragie chez la femme, par Martineau, (*Ann. méd. chir.*, mars.) — Moyen facile et rapide de guérir l'orchi-épididymite blennorragique par l'emplâtre de Vigo et le suspensoir ouaté, par Stocquart. (*Ann. de dermat.*, 25 janv.) — Érythème hémorragique chez un rhumatisant blennorragique, par Feulard. (*France médicale*, 14 mars.)

Bouche. — De la cheiloplastie par le procédé sushyoïdien, avec îlot d'arrêt mentonnier, par Lavis. (*Thèse de Lyon*, 28 mars.) — De l'incision commissurale coudée, moyen d'agrandir l'orifice buccal dans la cheiloplastie, par Pollosson. (*Lyon méd.*, 26 avril.)

Bronche. — Du cancer primitif des bronches, par H. Beck. (*Zeitschr. f. Heilk.* Bd V. p. 459.)

Brûlure. — Brûlure profonde atteignant la cavité articulaire du genou : guérison avec conservation du membre, par V.-H. Daly (de Pittsburg.) (*Brit. med. journ.*, p. 1186, déc. 1884.)

C

Cancer. — De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille, par Ricard. (*Thése de Paris*, 12 janv.) — Des néoplasmes au point de vue pratique, par Grégory. (*Trans. of the Americ. surg. assoc.* II, p. 501.) — La diffusion chirurgicale du cancer (généralisation rapide sur le corps et dans tous les organes), par Gerster. (*Med. News*, 28 fév.) — Deux cas de dégénérescence maligne d'ulcères de la jambe ; un épithéliome et un sarcome, par Prewitt. (*Trans. of the Americ. surg. Assoc.* II, p. 491.) — Carcinie généralisée, épanchement pleural, cachexie très avancée, amélioration dans l'espace de deux mois, guérison apparente, par Vulpian. (*Gaz. des hôp.*, 28 mai.) — Pathologie du cancer, par Savory. (*Brit. med. journ.*, p. 1173. déc. 1884.)

Cartilage. — Le processus de la guérison des plaies des cartilages, par Korobkine. (*Chirurg. Viéstni*, et nos 2 et 3.)

Céphalotripsie. — Broiement de la tête fœtale, par Bonnaire. (*Thèse de Paris*, 27 mai.) — De la décollation par la ficelle, procédé de Pajot, par Tabournel. (*Thèse de Paris*, 28 mars.)

Cerveau. — Observation sur la division des circonvolutions frontales, par Chiarugi. (*Boll. della soc. delle sc. med. Siena, Ann. III.*) — Sur l'interprétation de la quantité dans l'encéphale et le cerveau en particulier, par Manouvrier. (*Mém. soc. d'anthrop. de Paris*, III, 2.) — De la circulation péri-encéphalique, son but physiologique, par Vincent. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 mars.) — De la protubérance annulaire comme premier moteur du mécanisme cérébral, foyer ou centre de la parole, de l'intelligence et de la volonté, par Bitot. (*Acad. des Sciences*, 18 mai.) — Les localisations cérébrales, histoire d'une doctrine, par Fontan. (*Arch. de méd. nav.* fév.) — Les localisations cérébrales, par Vulpian. (*Rev. scientif.*, 11 avril.) — Recherches sur l'excitabilité des hémisphères cérébraux, par Franck et Pitres. (*Arch. de phys.*, V, n° 1.) — Sur les différences que paraissent présenter les diverses régions de l'écorce grise cérébrale, dites centres

psycho-moteurs, sous le rapport de leur excitabilité, par Vulpian. (*Acad. des Sciences*, 20 avril.) — Sur les variations de la période, d'excitation latente du cerveau, par De Varigny. (*Arch. de phys.*, 1er janv.) — Recherches expérimentales sur l'excitabilité électrique du cerveau proprement dit, par Vulpian. (*Acad. des Sciences*, 23 mars.) — Recherches sur la raison de l'impuissance des excitants mécaniques à mettre en jeu les régions excito-motrice du cerveau proprement dit, par Vulpian. (*Acad. des Sciences*, 11 mai.) — Recherches expérimentales concernant 1° les attaques épileptiformes provoquées par l'électrisation des régions excito-motrices du cerveau proprement dit; 2° la durée de l'excitabilité motrice du cerveau proprement dit après la mort, par Vulpian. (*Acad. des Sciences*, 27 avril.) — Contribution clinique et anato-pathologique à la localisation du centre visuel, par Salemi Pace. (*Il Pisani*, année V.) — Leçons sur les relations mutuelles des masses grises du système cérébro-spinal et leurs connexions avec les nerfs périphériques, par Alex. Hill. (*Brit. med. journ*, p. 530. mars.) — Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale, par H. Nothnagel. (In-8°, Paris.) — Essai sur les amnésies principalement au point de vue étiologique, par Rouillard. (*Thèse de Paris*, 14 mars.) — Étude sur l'aphasie dans les lésions de l'insula de Reil, par Déjerine. (*Rev. de méd.*, mars.) — De l'aphasie et de ses diverses formes, par Bernard. (*Thèse de Paris*, 9 janv.) — Aphasie sans lésion de la circonvolution de Broca, par S. West. (*Brit. med. journ.*, p. 132, janv.) — Hémiatrophie progressive, par Henschen. (*Nordiskt med. Arkiv*, XV, n° 1.) — De l'hémiatrophie cérébrale, par sclérose lobaire, par Jendrassik et Marie. (*Arch. de phys.*, V, n° 1.) — Note sur la cécité verbale, par de Watteville. (*Progrès médical*, 21 mars.) — Localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée, par Hallopeau. (*L'Encéphale*, mars.) — Hémiplégie droite avec aphasie. Ramollissements multiples de l'hémisphère gauche, par Chevalier. (*Bull. soc. d'anat. de Bordeaux*, 13 janv.) — Hémiathétose præ et post-hémiplégique chez un vieillard, par Durand. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, 6 fév.) — Paralysie du moteur oculaire commun droit. Ramollissement du tronc nerveux et du pédoncule cérébral correspondant, par Davezac (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 mars.) — Hémianesthésie consécutive à une lésion congénitale du cerveau, par Althaus. (*Lancet*, 31 janvier.) — Méningite tuberculeuse en plaque siégeant sur le lobule paracentral et ayant occasionné une monoplégie crurale avec attaques épileptiformes, par Bouygues (*Soc. anat.*, 6 juin 1884.) — Thrombose des sinus, par Arron. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, 27 janv.) — Hémorragie cérébrale, par Bitot. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, 10 février) — Un cas d'hydrocéphalocèle, par Hirigoyen. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, 20 févr.) — Hydrocéphalie chronique, par Forcheimer. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 14 mars.) — Tumeur de la glande pituitaire, par Hale White et Bowlby. (*Brit. med., Journ.*, p. 282, fév.)

Cervelet. — Recherches sur deux faisceaux qui forment le pédoncule moyen du cervelet, par V. Béchtéréw. (*Vratch*, n° 9.) — Un cas d'ostéome du cervelet, par A. Vigandt. (*Méd. Viéstnik*, n° 3.)

Césarienne (Opér.). — Des nouveaux procédés d'opération césarienne, par Fehling. (In-8°, *Leipzig*.) — Opération césarienne, par Lévèque et Panis. (*Union médicale du nord-est*, février.) — Observation d'opération de Porro, par Francis Imlach. (*Brit. med. journ.*, p. 231, janv.) — Statistique de l'opération de Porro, par Clement Godson. (*Brit. med. journ.*, p. 120, janv.)

Chancre. — Du chancre non infectant et du bubon chancreux, par Marti-

neau. (*Société médicale des hôpitaux*, 25 février.) — Sur le bubon chancreux, par Funk. (*Monatsh. für prakt. Dermatologie*, avril.)

Charbon. — Influence de la lumière sur la végétation et les propriétés pathogènes du bacillus anthracis, par Arloing. (*Acad. des Sc.*, 9 fév.)— Du traitement actuel de la pustule maligne, par Guyot. (*Thèse de Paris*, 4 mars.) — Traitement de la pustule maligne par le sublimé, par Bomei. (*Gaz. deg. Ospit.*, n° 18.) — Du traitement du charbon, par L. Scheffer. (*Vratch*, n° 10.)

Chimie. — Les origines de l'alchimie, par Berthelot. (In-8°, Paris.) — Chimie inorganique, par Frankland et Japp. (In-8°, Londres.) — Le guide du chimiste, répertoire de documents théoriques et pratiques, par Frémy et Terreil. (In-8° avec fig., Paris.) — La méthode spéciale à la chimie physiologique, réponse aux discours de Leube et de Hoppe-Seyler, par C.-Fr.-W. Krukenberg. (*Heidelberg.*) — Manipulations de chimie, par Jungfleisch. (In-8° avec 500 fig., Paris.) — Diagnostic des maladies internes basé spécialement sur l'analyse microscopique et chimique des sécrétions et des excrétions, par H. Fruheuf. (3e édition, *Leipzig.*)

Choléra. — Notes sur l'histoire, la nature et le traitement du choléra asiatique, par Humbert. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 28 fév.) — Étude historique et pratique sur la prophylaxie et le traitement du choléra, par Mireur. (In-8°, Paris.) — Étude sur le choléra asiatique pendant l'épidémie de 1866, par C. Leale. (*New York med. Journ.*, 3 janvior.) — Etudes étiologiques sur les foyers cholériques de l'Ardèche, par Bouveret. (*Lyon méd.*, 8 fév.) — Relation d'une épidémie de choléra asiatique à Ruoms (Ardèche). par Leclerc. (*Lyon méd.*, 18 janv.) — De l'étiologie et de la propagation du choléra, par G. Shattuck. (*Boston med. and surg. Journal*, 13 novembre 1884.) — Vues récentes sur la contagion du choléra, par Hunt. (*Med. News*, 17 janv.) — Notes sur le choléra, par Beretta et Minola. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, 10 janv.) — Le choléra devant l'académie de médecine, la contagiosité et les quarantaines, par J.-P. Bonnafont. (Broch., Paris.) — Note sur l'importation et la propagation du choléra en 1884 dans le canton d'Aspet (Haute-Garonne), par Laboulbène. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, tome XIV, n° 11.) — Note sur l'épidémie de choléra observée en 1884 à l'hôpital Bichat, par Lermoyez. (*Progrès médical*, 7 février.) — Le choléra, par Bernard. (*Tribune méd.*, 25 janv.) — Observation de choléra à Versoix, près Genève, montrant les bons effets d'un rigoureux isolement et de mesures sévères pour empêcher l'extension d'un foyer de contagion, par C. David, de Genève. (*Brit. med. Journ.*, p. 223, janv.) — Leçons sur l'anatomie pathologique du choléra, par Straus. (*Progrès médical*, 20 novembre 1884.) — Des cultures limpides de Koch et du bacille du choléra, par Johne. (In-8°, Leipzig.) — Les bacilles du choléra asiatique de Koch et les bacilles de Finkler dans un cas de choléra nostras, par J. Raptchiévski. (*Vratch*, n° 7.) — Sur la nature indifférente des bacilles courbes ou bacilles virgules et sur la présence de leurs germes dans l'atmosphère, par Héricourt. (*Acad. des Sciences*, 13 avril.) — Sur l'action pathogène et prophylactique du bacille virgule, par Ferran. (*Acad. des Sciences*, 13 avril.) — De la doctrine microbienne du choléra épidémique, par Austin Flint. (*New York med. Journ.*, 25 octobre 1884.) — Effets produits chez l'homme et les animaux par l'ingestion stomacale et l'injection hypodermique de cultures des microbes du liquide diarrhéique du choléra, par Bochefontaine. (*Acad. des Sciences*, 27 avril.) — Sur la formation des ptomaines dans le choléra, par Villiers. (*Acad. des Sc.*, 12 janv.) — Sur les modifications qui se produisent dans la composition chimique de certaines humeurs sous l'influence du choléra épidémique

par G. Pouchet. (*Acad. des Sc.*, 9 fév.) — Note sur les altérations histologiques du foie dans le choléra à la période algide, par Hanot et Gilbert. (*Arch. de phys.*, 1er avril.) — Sur la sécrétion rénale dans le choléra. par Arena. (*Riv. clin. e terapeut.*, novembre et décembre 1884.) — Le choléra de Naples en 1884, par de Renzi. (*Ibid.*, février.) — Erythème polymorphe dans la période réactionnelle du choléra, par Morel-Lavallée. (*Ann. de dermat. et de Syph.*, 1884, p. 621.) — Cas de choléra isolé et mortel. (*Gaz. des hôp.*, 28 fév.) — Pathologie et traitement du choléra, par Murray. (In-12, 2e édit., Londres.) — L'électricité et le choléra, par Tripier. (Broch., Paris.) — Des opiacés dans le choléra, par Amalsi. (Br., Naples.) — Atteinte de choléra, cyanose, algidité; injection de 1775 gr. d'eau salée dans les veines, amélioration, rechute, injection hypodermique de 40 gr. d'éther. Chartreuse à hautes doses. Guérison par Bérenger-Féraud. (*Arch. de méd. navale*, fév.)

Chorée. — Revue critique sur les théories pathogéniques de la chorée, par Dyce Duckworth. (*Brit. med. journ.*, 3 janv.) — Chorée chronique datant de 41 ans, traitée avec un succès partiel par l'élongation nerveuse, par A. Mac Dougall. (*Lancet*, 25 avril.) — Chorée datant de 15 années chez un homme de cinquante-six ans, par Mac-Learn. (*Lancet*, 21 février.) — Tremblements, mouvements choréiformes et chorée rythmique, par Charcot. (*Progrès médical*, 21-28 mars.)

Cicatrice. — Kéloïde envahissante, amenant une déformation considérable de la face et du cou, par Morton. (*Philad. med. Times*, 17 janv.)

Climat. — Climatologie du Tonkin. (*Journal officiel*, 26 janv.) — Hammam Rihra, station climatérique d'hiver, par Savill. (*Saint-Thomas's hosp. Rep.* XIII, p. 220.)

Cocaïne. — Etude sur la coca et les sels de cocaïne, par Colombe. (*Thèse de Paris*, 28 fév.) — La coca et la cocaïne, par Mariani. (Broch., Paris.) — Effets physiologiques et thérapeutiques de la feuille de coca et de son alcaloïde, par W. Oliver Moore. (*New York med. Journ.*, 3 janvier.) — Observation sur l'emploi de l'hyd. de cocaïne, par Pooley. (*Med. News.*, p. 159, 7 fév.) — Effets physiologiques et applications pratiques de la cocaïne, par Green. (*Americ journ. of Opht.* I, n° 8.) — Sur l'action physiologique de la cocaïne, par Charpentier. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 janv.) — Sur l'action de la cocaïne, par Weiss. (*Wiener med. Woch*, n° 1.) — Sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du chlorhydrate de cocaïne, par Rigolet. (*Thèse de Paris*, 16 avril.) — De la constitution chimique de la cocaïne, par Calmels et Gossin. (*Acad. des sciences*, 27 avril.) — Action du chlorhydrate de cocaïne sur les centres psychomoteurs, par L. Joumas. (*Yégén. Klin. Gazéta*, nos 6 à 9.) — Quelques faits cliniques sur l'action de la cocaïne, par Le Roy Pape Walker. (*New York med. Journ.*, 25 octobre 1884.) — De la cocaïne, par Baratoux et Moure. (*Rev. de laryngol.*, 1er mars.) — Cocaïne, par Walter Jessop. (*The practitioner*, janv.) — Cocaïne et ses sels, par Merck. (*The pharmac. journ. and Transactions*, 29 nov. 1884.) — Cocaïne, par Squibb. (*Ibid.*, 13 déc. 1884.) — Notes sur les propriétés physiologiques de la cocaïne, par Meyer et Bardet. (*Bulletin gén. de thérapeutique*, 15 fév.) — De l'action biologique de la cocaïne, par Testa. (*Gaz. degli Ospit.*, n° 36.) — De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique local dans l'oreille, le pharynx et le nez, par Noquet. (*Bulletin médical du Nord*, décembre 1884.) — La cocaïne dans la pratique laryngologique, par Labus. (In-8°, *Milan.*) — Du chlorhydrate de cocaïne dans le pharynx et le larynx, par Schiffers. (*Rev. de laryngol.*, 1er mars.) — Effets du chlorhyd. de

cocaïne sur la muqueuse nasale, pharyngée et laryngée, par O. Seifert. (*Cent. f. klin. Med.*, 3 janv.) — Traitement de la coqueluche et de la toux nerveuse au moyen de la cocaïne, par Graeffner. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 2 mai.) — De la cocaïne envisagée particulièrement en ophtalmologie, par Sciaky. (*Thèse de Paris*, 21 mars.) — De l'emploi de la cocaïne en ophthalmologie, par Panas. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, tome XIV, nº 17.)— La cocaïne en oculistique, par Pierdhouy. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, nº 49, 1884.) — La cocaïne et ses propriétés anesthésiques sur les membranes externes de l'œil. par A. Mazza. (*La Salute* XVIII, nº 48.) — Applications diverses de la cocaïne en ophtalmologie, par Martin. (*Bull. soc. d'anat. de Bordeaux*, 3 avril.) — La cocaïne en ophtalmologie, par Carreras Arago. (*La Independ. med.*, 1er janv.) — La cocaïne, son emploi en chirurgie et en thérapeutique oculaires, par Baudry. (*Le concours méd.*, 17 janv.) — De la cocaïne dans la chirurgie dentaire, par Hughes. (*Brit. med. journ.*, 3 janv.) — Application de la cocaïne à la chirurgie oculaire, par Delacroix. (*Union médicale du nord-est*, avril.) — De la cocaïne et de son emploi en ophtalmologie, par C. Labry. (*Thèse de Paris*, 3 fév.) — La cocaïne en ophtalmologie, par Osio. (*El siglo med.;* 11 janv.)— De la cocaïne comme agent anesthésique local et de son emploi en chirurgie oculaire, par Teillais. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 janv.) — La cocaïne en ophtalmologie, par Bobone. (*Ann. d'ocul.*, tome 92, p. 228.) — De la cocaïne et de son emploi pour la chirurgie oculaire et générale, par Knapp. (*Arch. of opht.* XIII, p. 402.) — La cocaïne dans l'art dentaire, par Hillischer. (*Wiener med. Woch.*, 10 janv.) — La cocaïne dans la pratique infantile, par D. Sénitchiéwko. (*Vratch*, nº 7.) — Hydr. de cocaïne dans le purpura hæmorragica, par Waugh. (*Philad. med. Times*, 21 fév.) — Traitement des gerçures de la mamelle au moyen de la cocaïne, par Weissenberg. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 8 mars.) — De la cocaïne pour faciliter le cathétérisme, par de Larabrie. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 mars.)— Note sur l'emploi de la cocaïne dans le traitement de la fissure à l'anus, par Obissier. (*Bull. gén. de thér.*, 16 janv.) — Quelques expériences sur l'emploi de la cocaïne dans les maladies vénériennes, par Arcari. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, 3 janv.) — La cocaïne dans les maladies cutanées et syphilitiques, par Campana. (*La Salute.*)

Cœur. — Action directe et réflexe sur la circulation, le cœur et la respiration, produite par les bains d'eau douce et d'eau chargée d'acide carbonique et par le travail musculaire, et du traitement des affections cardiaques par ces trois facteurs, par J. Jacob. (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, XCVI, H.I, p. 36.) — De l'aspiration propre du cœur, par Lefèvre. (*Thèse de Lyon.*) — Mesure de l'intensité des bruits cardiaques, par Vierordt. (*Cent. f. klin. Med.*, 10 janv.) — Des bruits extra cardiaques, par Potain. (*Semaine méd.*, 21 janv.) — De la dissociation du rythme auriculaire et du rythme ventriculaire, par Chauveau. (*Rev. de méd.*, mars.) — D'une hémisystolie apparente et d'une nouvelle forme de pouls capillaire, par P. Grocco. (*Clin. proped. di Pavia*, 24 déc.) — Cyanose congénitale; persistance du trou de Botal, rétrécissement de l'artère pulmonaire, aorte s'ouvrant également dans les deux ventricules, par Vilon et Lévèque. (*Soc. anat.*, 24 oct. 1884.) — Anévrisme du cœur, par Constantin Paul. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 mars.) — Lésions multiples des orifices du cœur, en dehors du rhumatisme, par Lubet-Barbon. (*Soc. anat.*, 6 juin. Cardiopathies de la ménopause, par Clément. (*Rev. de méd.*, fév.) — Quelques formes de maladie organique du cœur, par Atkinson. (*Med. News*, 31 janv.) — Insuffisance aortique par endocardite interstitielle chez un enfant de 15 ans, par Lubet-Barbon. (*Soc. anat.*, 27 juin 1884.) — De l'hypertrophie cardiaque résultant de la croissance, par G. Sée. (*Acad. des

Sciences, 26 janv.) — De la dégénérescence calcaire du cœur, par A. Robin. (*Gaz. méd. de Paris*, 21 mars.) — Leçons sur l'endocardite maligne, par W. Osler. (*Brit. med.*, p. 467, 7 mai.) — Huit observations d'endocardite ulcéreuse, par Smith. (*Saint Thomas's hosp. Rep.* XIII, p. 231.) — Un cas d'endocardite ulcéreuse, par Herbert-Larder. (*Lancet*, 17 janvier.) — Note sur un cas d'endocardite ulcéreuse, par Fernet. (*France médicale*, 24 mars.) — Stomatite et endocardite infectieuses, par Brissaud. (*Progrès médical*, 18 avril.) — Un cas remarquable de dexiocardie acquise totale, par R. Barcock. (*Med. News*, 25 octobre 1884.) — Plaie du cœur produite par un coup de baïonnette : mort instantanée, par Anthony Dodd. (*Brit. med. journ.*, p. 379, fév.) — Rupture spontanée et incomplète du cœur, par Lévèque. (*Soc. anat.*, 6 juin.) — Calcification du péricarde, par Tissier. (*Soc. anat.*, 27 juin 1884.) — Péricardite aiguë des vieillards, par Lejard. (*Thèse de Paris*, 25 fév.) — Symptômes et diagnostic de la péricardite aiguë, par Hardy. (*Union médicale*, 21 février.)

Conjonctive. — Cas de trachome chez la race nègre, par J. Minqr. (*Arch. of opht.*, XIII, p. 400.)

Coqueluche. — Traitement de la coqueluche, par J. Keating. (*Med. News*, 28 fév.) — Aphasie par hémorragie cérébrale dans le cours d'une coqueluche, par J. Marshall. (*Glasg. med. Journ.*, janvier, p. 24.)

Cornée. — Contribution à l'étude du kératocone pellucide, par Hirschberg. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, janvier.) — Un cas de cancroïde de la cornee, par W. Dolgénkoff. (*Viéstnik ophtalmologuii*, janv.-fév.)

Corps étranger. — Quelques cas de corps étrangers dans les voies respiratoires, par A. Gekker. (*Vratch*, n° 8.) — Un cas de pneumonie suppurée, due à la présence d'un corps étranger dans la bronche droite, par A. Napier. (*Glasg. med. Journ.*, janvier, p. 14.) — Corps étranger volumineux avalé par un enfant de dix mois, et rendu seulement 36 jours après, sans avoir produit un accident grave, par Kinneir. (*Brit. med. journ.*, p. 537, mars.) — Corps étrangers des voies digestives, par Troquard. (*Bull. soc. d'anat. de Bordeaux*, 13 mars.) — Corps étranger intravésical, par Folet. (*Bulletin médical du Nord*, décembre 1884.) — Corps étranger (aiguille) dans la vessie d'un enfant de quatre ans; lithotomie; guérison, par Freeman. (*Lancet*, 21 février.)

Crâne. — Résultats des recherches céphalométriques chez les criminels, par N. Froitki. (*Arch. psichiatr. i névrolog.*, n°s 2 et 3.) — Fait d'extirpation d'une tumeur myélogène du crâne, par Gussenbauer. (*Prag. Zeitschr. f. Heilk.*, Bd. V, p. 139.) — Fracture du rocher gauche suivie d'hémiplégie droite. Atrophie rapide du testicule et du membre supérieur droit, par Lemonnier. (*France médicale*, 25 décembre.) — Plaie du crâne par arme à feu; enkystement de la balle dans la cavité encéphalique; mort cinq mois après, par abcès du cerveau, par Douglas. (*Lancet*, 10 janvier.) — — Un cas de fracture de l'os pariétal droit avec enfoncement d'un fragment de 10 centimètres carrés. Guérison avec néoformation de l'os, par A. Zélénkow. (*Vratch*, n° 11.) — Fracture du crâne par arme à feu. Guérison, par Douglas. (*Brit. med. journ.*, p. 380, févr.)

Cristallin. — Recherches sur le développement du cristallin chez l'homme et chez quelques animaux supérieurs, par Rubattel. (*Rec. zoolog. suisse* II, n° 2.) — Cataracte traumatique; resorption totale du cristallin et de sa capsule sans opération, par Bickerton. (*Lancet*, 21 mars.) — Rapport sur 1420 cataractes opérées à Univ. Oph. hospital de Munich, par Rothmand,

par EVERBUSCH et PEMERL, (*Arch. of Opht.* XIII, nos 3 et 4.) — Quatre observations de cataracte diabétique, par WALDHAUER. (*St-Petersb. med. Woch*, 3 janv.)

D

Daltonisme. — Nouvelle méthode d'examen du daltonisme, par HILBERT. (*Arch. of ophtalm.*, XIII, nos 3 et 4.)

Dent. — Note sur un cas de réimplantation tardive d'une dent saine, par BESSION. (*Gaz. des hôp.*, 17 janv.) — Enlèvement des taches causées sur les dents par l'administration de médicaments, par HARLAN. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 31 janv.) — Sur l'existence d'amas épithéliaux autour de la racine des dents chez l'homme adulte et à l'état normal (débris épithéliaux paradentaires), par MALASSEZ. (*Arch. de phys.*, 15 fév.) — L'odontologie en Russie et à l'étranger, par N. INAMENSKI. (*Méd. obosrénie*, n° 4.) — Des maladies de dentition, par HENRI ROGER. (*Union médicale*, 17 mars.)

Désinfection. — Les produits chimiques de la putréfaction dans leur rapport avec la désinfection, par BURDON SANDERSON. (*The practitioner*, janvier.)

Diabète. — Un cas de diabète sucré, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 21 avril.) — De quelques manifestations du diabète, par LANDOUZY (*Gaz. des hôp.*, 26 mars.) — Le rein, dans ses rapports avec le diabète, par INGLESSIS. (*Thèse de Paris*, 16 avril.) — Observation de névralgie diabétique, par FLORAIN. (*Gaz. méd. de Paris*, 28 fév.) — Du mal perforant chez les diabétiques, par KIRMISSON. (*Arch. gén. de méd.*, janv.) — Quantités considérables d'acide indoxylsulfurique et d'acide scatoxylsulfurique dans l'urine diabétique, par OTTO. (*Nord. Med. Arkiv.*, 1884, n° 10.) — Sur la quantité de sucre et de substance réduisante contenue dans le sang sous l'empire de circonstances différentes, par G. OTTO. (*Ibidem*, 1884, n° 27.)

Digestion. — Leçons sur les désordres de la digestion, leurs conséquences et leur traitement par LAUDER BRUNTON. (*Brit. med. journ.*, p. 57, janv.) — De la digestion gastrique, par V. NÉCHEL. (*Vratch*, n° 10.)

Diphtérie. — Recherches expérimentales sur la diphtérie, par CH. RENSHAW. (*Brit. med. journ.*, p. 12, janv.) — Contributions à la thérapeutique et la statistique de la diphtérie, par N. LOUNINE. (*Vratch*, nos 2 à 4.) — Diphtérie, par RENSHAW. (*The practitioner*, janvier.) — Sur la propagation et la prophylaxie de la diphtérie, par LUCAS DE CRÉSANTIGNES. (*Thèse de Paris*, 18 fév.) — De la valeur de l'expression « croup » au point de vue clinique, par K. RAUCHFUSS. (*Vratch*, nos 16 et 17.) — Quelques cas de diphtérie à Blaye, par CORIVAUD. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er mars.) — De la broncho-pneumonie dans la diphtérie, par DARIER. (*Thèse de Paris*, 26 mars.) — D'une forme de bronchite capillaire suppurée dans le croup, par LEJEUNE (*Thèse de Paris*, 7 mars.) — Traitement de la diphtérie, par TORDAY. (*Pester med. chir. Presse*, n° 41, 1884.) — Diphtérie, trachéotomie, par BOUCHARD. (*Gaz. des hôp.*, 7 fév.) — Du traitement de la diphtérie, par BROWN. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 10 janv.) — Du traitement de la diphtérie, par DEMLOW. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 17 janv.) — Angine couenneuse guérie par les fumigations de goudron et d'essence de térében-

thine, par Vigouroux. (*Gaz. des hôp.*, 20 janv.) — Angine diphtéritique avec croup guérie par les vapeurs antiseptiques sans trachéotomie, par Bouchard. (*Gaz. des hôp.*, 15 janv.) — Bon effet du calomel dans la diphtérie, par G. P. Andrews et W. R. Chittick. (*Detroit lancet*, oct. 1884.) — Traitement de la diphtérie par l'essence de térébenthine, par Bocccuzzi. (*Arch. ital. di laring.*, IV, sect. 4.) — Croup diphtéritique, asphyxie, guérison par l'extirpation d'une fausse membrane de la bronche droite, par Ingels. (*Med. News*, 28 mars.) — Deux cas d'angine couenneuse guéris par le séjour au milieu de vapeurs antiseptiques, par Bitterlin. (*Gaz. des hôp.*, 3 fév.) — Du traitement électrique de la diphtérie, par Clemens. (*Allg. med. central Zeitung*, 3 janv.) — Observation de croup traité par les fumigations de goudron de houille et d'essence de térébenthine, par Mareschal. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 avril.) — Traitement de la diphtérie, par Batten. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, 7 fév.) — Le sulfo-phénate de zinc dans la diphtérie, par Del Monte (*Raccoglitore medico*, septembre 1884). — Utilité des vésicatoires dans la diphtérie, par Em. Reid. (*Maryland med. journal*, 13 septembre 1884.) — Du galvanisme dans la paralysie diphtéritique, par Thacher. (*Med News*, 18 avril.) — La papayotine dans la diphtérie, par V. Dreier. (*Vratch*, n° 15.)

Dysentérie. — Dysentérie, par Léon Colin. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série, t. XXXI, 1re partie.) — Etiologie des épidémies de dysenterie à Saint-Germain-en-Laye, par Amat. (*Gaz. méd. de Paris*, 4 avril.) — Traitement de la dysentérie par l'ipécacuanha, par Seaton. (*Therap. gaz.*, août 1884.)

E

Eau. — Dosage des matières organiques des eaux, par Petit. (*Journ. de pharmacie*, 15 mars.)

Eaux minérales. — Examen critique des principaux procédés de pulvérisation des eaux minérales, par P. Bénard. (*Ann. d'hydrologie*, XXIX.) — Des affections vénériennes traitées par les eaux de Luchon, par Lambron et Doit. (In-8°, 271 pages, *Paris*.) — Étude sur les eaux thermo-sulfureuses sodiques et arsénicales, par Collin. (*Thèse de Paris*, 7 mai.) — Les eaux minérales congelées, par Cazeneuve. (*Lyon méd.*, 3 mai.) — Les eaux thermo-minérales, leur origine et leurs relations avec la structure du sol, par Gautier. (*Rev. scientif.*, 28 mai.) — Les résultats des cures à Wiesbaden, par O. Ziemssen. (*Leipsig.*)

Éclampsie. — L'oxygène dans l'éclampsie, par V. Favre. (*Vratch*, n° 13.)

Eczéma. — Contribution à l'étude des maladies de la peau; l'eczéma, par Deligny. (In-8°, *Paris*.) — L'iodure de potassium contre l'eczéma, par Stelwagon. (*Med. News*, 11 avril.) — Sur le traitement de l'eczéma, par Burchardt. (*Monasth. für prakt. Dermat.*, février.)

Électricité. — Dangers des générateurs mécaniques d'électricité, moyen de les éviter, par d'Arsonval. (*Acad. des sciences*, 26 janvier.) — Des effets thérapeutiques de l'électricité et de son emploi dans quelques maladies, par Clemens. (In-8°, *Francfort*.) — Électricité dans les affections médicales, par Watteville. (*Journ. of mental science*, janvier.) — De l'électricité comme stimulant dans le collapsus cardiaque et respiratoire, par Griswold.

(*New York acad. of med.*, 19 février.) — De la différence des effets thérapeutiques des courants électriques et de l'exploration électrique du champ visuel, par ENGELSKJÖN. (*Nordiskt med. Arkiv*, XVI, nº 1.) — Méthode électrolytique appliquée à la guérison du chalazion et des kystes glandulaires en général, par GARD. (*Gaz. des hôp.*, 7 février.) — De l'électricité statique dans le traitement de l'hémiplégie de cause cérébrale, par PLACÉ. (*Thèse de Paris*, 29 mai) — Effets de l'électricité sur la circulation locale et générale, par KILNER. (*St-Thomas' s hosp. Rep.* XIII, p. 53.) — De l'action physiologique et thérapeutique du courant galvanique, par BOUDET DE PARIS. (*Rev. d'odontol.*, mars.) — La faradisation en gynécologie, par J. LVOW. (*Vratch*, nºs 15 et 16.) — De la différence entre le courant primaire et secondaire de l'appareil de Du Bois-Reymond, par N. LIKHONINE. (*Vratch*, nº 12.) — Electrodes à rotation pour l'électrisation labile, par N. MANDELSTAM. (*Vratch*, nº 8.) — De la facilité d'obtenir l'éclairage des cavités naturelles et le fonctionnement du galvano-cautère à l'aide des accumulateurs de poche, par F. SEMON. (*Lancet*, 14 mars.) — Pile galvano-caustique par BOISSEAU DU ROCHER. (*Gaz. des hôp.*, 5 mai.) — Des appareils ou machines électro-statiques et leur emploi en médecine, par VILLARD. (*Thèse de Paris*, 21 mai.)

Empoisonnement. — Action des poisons et des contre-poisons sur le cœur de la grenouille, par J. MAYS. (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, 7 octobre.) — Sur la recherche expérimentale des alcaloïdes toxiques dans l'organisme et leur détermination à l'aide de la méthode graphique, à propos de l'intoxication accidentelle d'un chien, par l'aconitine, par LABORDE. (*Soc. de biologie*, 17 janvier.) — Empoisonnement par la belladone et l'aconit, par J. RICHARDSON. (*Brit. med. journ.*, p. 327, février.) — Empoisonnement avec 90 grammes de teinture de digitale guérison par JEANSON. (*Gaz. des hôp.*, 16 mai.) — Intoxication d'un chien par l'aconitine, par LABORDE. (*Trib. méd.*, 25 janvier.) — Empoisonnement mortel par une injection hypodermique de morphine de un quart de grain. Discussion sur les empoisonnements par les opiacés, par REAMY. (*Cincinnati Acad. of med.*; *Med. News*, 3 janvier.) — Empoisonnement accidentel par ingestion de 10 grammes laudanum et 10 grammes teinture de belladone; guérison par les injections d'éther, par ICARD. (*Lyon méd.*, p. 388, 15 mars.) — Traitement du morphinisme chronique et de la morphinomanie, par GRASSET. (*Semaine méd.*, 11 mars.) — Abus de l'opium et de l'alcool, imbécillité, guérison, par MATTISON. (*Med. News*, 21 mars.) — Deux poisons à la mode ; la morphine et l'ether, par P. REGNARD. (*Revue scientifique*, 2 mai.) — Les toxémies par absorption ou résorption de poisons putrides, par LE GENDRE. (*Union médicale*, 20-22 janvier.) — Deux cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone ; guérison, par MILLAR. (*Lancet*, 28 mars.) — Intoxication par la vapeur de charbon, hémiplégie, aphasie, guérison, par ANDRIEU. (*Gaz. méd., Amiens*, mars.) — Accès d'hystéro sommambulisme hallucinatoire consécutifs à l'absorption d'une dose toxique de camphre, par PLANAT. (*Ann. méd. psychol.*, mars.) — Deux cas d'intoxication chez les nouveau-nés à la suite de pansements phéniqués (opération de la circoncision), par F. DREYFOUS. (*France médicale*, 21 février.) — Eczéma hydrargyrique, coïncidant avec une stomatite de même nature et observé chez un jeune garçon à la suite de frictions faites avec l'onguent napolitain, par DESCROIZILLES. (*France médicale*, 31 mars.) — Du nitrite d'amyle considéré comme un antidote dans l'empoisonnement par la strychnine, par HOBART A. HARE. (*Boston medical and surg. journal*, 20 novembre 1884.) — Des troubles nerveux dans l'intoxication mercurielle lente, par MARÉCHAL. (*Thèse de Paris*, 5 janvier.) — Amblyopie et dépression nerveuse dues aux vapeurs de sulfure de carbone et de chlorure de soufre, par NETTLESHIP.

(*Oph. soc.*, 9 octobre 1884.) — Sur plusieurs cas d'empoisonnements survenus à la suite d'ingestion de conserves alimentaires altérées, par GUEGAN. (*Thèse de Paris*, 4 juin.)

Enchondrome. — Chondrome ossifiant malin de la main droite, développé dans les tendons extenseurs, deux opérations, deux récidives, par PHOCAS. (*Soc. anat.*, 24 octobre 1884.)

Enfant. — Manuel des maladies des enfants, par GOODHART. (In-12, *Londres.*) — Leçons cliniques des maladies des enfants, par HENOCH, traduction, par HENDRIX. (In-8°, *Paris.*) — Hygiène des enfants, par AUMIGNON. (In-8°, *Chalons-sur-Marne.*) — L'application de la loi Roussel et l'allaitement au biberon dans le Calvados, par STAPFER. (*Ann. de gynécol.*, janvier.) — Les affections des voies digestives chez les enfants, par AD. BAGINSKY. (*Tubingue.*) — Diabète sucré chez un enfant de sept ans, par JAMES EDWARDS. (*Brit. med., journ.* p. 279, février.) — Du tabes dorsal spasmodique chez les enfants, par D'HEILLY. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, janvier.) — Endocardite ulcéreuse du cœur droit chez un enfant de quatre ans par TUCKWELL. (*Lancet*, 21 mars.) — Médiastino péricardite chez l'enfant, par HUTTON. (*Saint-Thomas' s hosp. Rep.* XIII, p. 211.) — De la pseudo-hypertrophie et de l'atrophie progressive des muscles chez les enfants, par YAKOUBOVITCH. (*Yégén. klin. gaz.*, n° 14.) — Ecthyma infantile gangréneux, par PINEAU. (*Union médicale*, 13 janvier.) — Observation sur la toux nocturne, spécialement chez les jeunes enfants, par MAC COY. (*Med. News*, 28 février.) — Fibrome du sein chez une enfant de sept ans, par HOPKINS. (*Med. News*, p. 301, 14 mars.) — Rétention d'urine chez un enfant de six mois, par ARNOZAN. (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1er février.) — Tuberculisation primitive du testicule chez un enfant de cinq mois, par E. MONKS. (*Brit. med. journ.*, p. 1279, décembre 1884.)

Épilepsie. — Expériences relatives aux phénomènes qui se produisent dans le domaine de la vie organique pendant les attaques d'épilepsie, par VULPIAN. (*Acad. des sciences*, 30 mars.) — Épilepsie consécutive à une frayeur vive, par FUSIER. (*L'Encéphale*, mars.) — Sur un cas d'epilepsie congestive, par TRUC. (*Lyon méd.*, 5 avril.) — Des actes impulsifs des épileptiques, par FÉRÉ. (*Rev. de méd.*, février.) — Épilepsie hémiplégique, par LANDOUZY. (*Gaz. des hôp.*, 6 janvier.) — Un cas de pouls lent permanent avec attaques épileptiformes, par MIVART. (*Lancet*, 3 janvier.) — Pouls lent avec attaques épileptiformes, par GIBBINGS. (*Lancet*, 14 février.) — De l'emploi du curare dans le traitement de l'épilepsie, par BOURNEVILLE et BRICON. (*Arch. de neurologie*, janvier.)

Érysipèle. — L'érysipèle en province, par LARDIER. (*Union médicale*, 14 avril. — Note sur l'érysipèle, par VENDRAND. (*Ibid.*, 14 avril.) — De l'érysipèle dans les hôpitaux militaires de Philippeville et de Batna, par REGNIER. (*Ibid.*, 23 avril.) — Un cas d'érysipèle menstruel, par Mme ELISABETH MIKHAÏLOVA. (*Méd. Obosrénié*, n° 7.) — Un cas d'hydropisie guérie, sous l'influence de l'erysipèle, par M. TOUMPOVSKI. (*Vratch*, n° 9). — Un cas de guérison du trachome, sous l'influence de l'érysipèle, par K. KOLTCHIÉVSKI. (*Vratch*, n° 9.) — Érysipèle périodique des membres inférieurs au cours d'une myélite chronique, par TEISSIER. (*Lyon méd.*, p. 583, 19 avril.) — De la forme hémorragique de l'érysipèle, par BLAISE. (*Thèse de Paris*, 5 juin.) — Deux cas d'erysipèle compliquant la grossesse et le travail, par G. BALLERAY. (*Am. journ. of the med. sc.*, janv., p. 160.)

Estomac. — De quelques névroses de l'estomac, par CARTIELLERI. (*Allg Wiener med. Zeitung*, 6 janv.) — A propos du régime, dans les maladies

de l'estomac, par JUDET. (*Gaz. des hôp.*, 24 janv.) — Un cas de dilatation excessive de l'estomac, par M. FÉNOMÉNOW. (*Vratch*, n° 16.) — La gastroxie nerveuse, de Rossbach, par LONGUET. (*Union médicale*, 10 février.) — Les affections gastriques les plus communes et leur traitement, par EDGAR VON SOHLERN. (*Kissingen.*) — Note sur un cas de cancer du pylore à longue évolution, par DUJARDIN BEAUMETZ. (*Soc. méd. des hôp.* 4 fév.) — Rétrécissement fibreux du pylore, entérostomie (fixation du duodenum à la paroi et alimentation artificielle par cet orifice); mort huit heures après l'opération, par J. ROBERTSON. (*Brit. med. journ.*, p. 376, fev.) — Hématémèse récidivante, coïncidant chaque fois avec une poussée d'urticaire, par J. PRINGLE. (*Ibid.*, p. 131, janv.) — Rétrécissement non cancereux du pylore; usage du tube siphon pendant cinq ans, par JAMES RUSSELL. (*Ibid.*, p. 375, février.) — De la dilatation des orifices de l'estomac, par HOLMES. (*Brit. med. journ.*, p. 372, février.) — Dyspepsie, par BROCHIN. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série, t. XXXI, 1re partie.) — Remarques sur le traitement diététique de la dyspepsie, par AUSTIN FLINT. (*New York med. journ.*, 22 novembre 1884.) — Du traitement de l'ulcère simple de l'estomac, par PRADET. (*Thèse de Paris*, 26 mai.)

Exanthème. — Un cas d'érythème polymorphe. (*Gaz. des hôp.*, 7 mars.) — Sur la nature et la symptomatologie de l'érythème polymorphe grave ou infectieux, par MARQUET. (*Thèse de Paris*, 28 mars.) — Des éruptions quiniques, par LEVASSOR. (*Thèse de Paris*, 21 janv.) — Considérations sur quelques cas de fièvres, éruptions infectieuses avortées, par JANIWICZ (*Union médicale*, 21 mars.)

F

Fibrome. — Fibromes cutanés ulcérés, par FOA. (*Arch. per le sc. med.*, VIII, n° 4.)

Fièvre. — De la fièvre de convalescence, par MAZEL. (*Thèse de Paris*, 27 mai.) — Observations de fièvre éphémère, par KIENER. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 avril.)

Fièvre intermittente. — Nouvelles observations sur les altérations produites par l'injection malarienne, par MARCHIAFAVA. (*Gaz. degli ospit*, n° 82, p. 652, 1884.) — Hématurie paludique traitée par les injections hypodermiques de quinine, par OWEN. (*Med. News*, 3 janv.) — Un cas de fièvre intermittente compliquée de météorisme et de péritonite généralisée, par J. LWOFF. (*Méd. Viéstnik*, n° 3.) — De l'alun dans la fièvre intermittente, par BALMA HEFF (insuccès complet, 50 cas). (*Russkaia meditz*, n° 41, 1884.) — De l'administration de l'alun dans la fièvre intermittente, par ANFINSOFF. (*Mémoires de la Soc. méd. du Caucase*, n° 5, 1884.) — *Id.*, par SHER. (*Russkaia med.*, n° 36, 1884.) — *Id.*, par SURIN. (*Simbirskaia Zemsk Gazeta*, 17 octobre 1884, et *Vratch*, n° 73, 1884.) — Du traitement des fièvres paludéennes à Sainte-Marie-de-Madagascar, par LOISEL. (*Thèse de Paris*, 13 mars.) — De la décoction de limons dans la fièvre intermittente comme succedané de la quinine, par PUTOKHIN. (*Russkaia medic*, n° 30, 1884.)

Fièvre jaune. — De la kairine dans la fièvre jaune, par NŒGELI. (*El siglo med.*, 1er fév.)

Fistule. — Statistique de 50 opérations de fistules uro-génitales, par O. MORISANI. (*Giornale int. delle scienze mediche*, fasc. 3.)

Foie. — Contribution à l'étude de l'acholie, par Hanot. (*Arch. gén. de méd.*, janv.) — Sur les rapports de l'ictère simple avec l'ictère malin, par Wickham Legg. (*Lancet*, 28 mars.) — Contribution à l'étude clinique des altérations fonctionnelles du foie par l'analyse des urines, par G. Oliver. (*Lancet*, 25 avril.) — Un cas de foie mobile, par M. Larionoff. (*Jégénéd. Klin. gazeta*, n° 2.) — Foie multilobé, par Planteau. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 mars.) — Le foie mobile et le ventre pendant des femmes, par Leop. Landau, Berlin.) — Crises de coliques hépatiques provoquées par des coliques utérines, par Thévenot. (*Union médicale*, 15 mars.) — Sur les varices de l'œsophage produites par des gênes circulatoires du système de la veine porte, spécialement dans la cirrhose hépatique, par H. Bendz. (*Nord. med. Ark.*, 1884, n° 9.) — Thrombose de la veine porte dans la cirrhose veineuse, par Année. (*Thèse de Paris*, 21 mars.) — Hépatite aiguë suppurée primitive, par Rabaine. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 janv.) — Cancer du foie et cirrhose concomitante, par Cartington. (*Brit. med., journ.*, p. 281, fév.) — Cancer du foie marqué par une série de basse température, par Ely. (*Med. News*, p. 160, 7 fév.) — Un cas d'abcès du foie, par Tenetchinoki. (*Méd. obosrénié*, n° 4.) — Du phlegmon sous-péritonéal des la région hépatique, par Blocq. (*Progrès médical*, 25 avril.) — Plaie par arme à feu du foie, extraction de la balle (revolver), guérison, par Smartt. (*Brit. med. journ.*, p. 379, fév.)

Fracture. — Fracture du corps de la 12e vertèbre dorsale, par Keyes. (*Med. News*, 3 janv., p. 16.) — Fracture comminutive d'une côte, plaie de la rate, pleurésie, péricardite, ponction du péricarde, mort, par Annandale et Godfrey. (*Brit. med. journ.*, p. 18, janv.) — Fracture comminutive de la clavicule par arme à feu, extraction d'une portion de l'os, consolidation complète de la clavicule, par William Newman. (*Brit. med. journ.*, p. 380, fév.) — Fracture en T de l'extrémité inférieure de l'humérus, par Courtin. (*Jour. de méd. de Bordeaux*, 22 fév.) — Fracture du col du fémur, par Tronchet. (*Bull. soc. d'anat. de Bordeaux*, 20 janvier.) — Un cas de fracture du fond de l'acétabulum, par C. Gay. (*New York med. journ.*, 20 décembre 1884.) — Extension continue sur le membre inférieur, par Hennequin. (*Rev. de chir.*, fév.) — Huit cas de fracture de la rotule traités par l'application immédiate d'un appareil inamovible, sans ponction ni suture osseuse. (*Lancet*, 11 avril.) — Fracture transverse de la rotule; ponction aspiratrice du genou; suppuration; lavages antiseptiques et suture osseuse, guérison, par Rivington. (*Lancet*, 24 janvier.) — De la marche comme moyen de combattre le retard de la consolidation dans les fractures de la jambe, par Le Fort. (*Gaz. des hôp.*, 5 mai.) — Deux cas de fracture de l'astragale, par Mayo Robson. (*Lancet*, 21 mars.) — Deux cas de fracture intra-utérine avec remarques sur 51 cas rapportés par différents auteurs, par J. Brinton. (*Trans. of the americ. surg. assoc.*, II, p. 425.) — De la crépitation en chirurgie et de l'absence de crépitation osseuse dans certaines fractures, par Legrix. (*Thèse de Paris*, 24 janv.) — Premiers pansements des fractures ouvertes, par Largeau. (*Thèse de Paris*, 20 fév.) — Du traitement des fractures par les appareils en zinc laminé, par Polosson (*Lyon méd.*, p. 395, 15 mars.) — Note sur les appareils de déligation pou. le transport des fractures en campagne, etc., par Em. Hermant. (In-8°, Bruxelles.) — Du traitement des fractures des membres par les appareils en zinc laminé de Raoult Deslongchamps, par Pellerin. (*Thèse de Lyon*, 21 fév.)

G

Gangrène. — De la gangrène des extrémités au cours de la néphrite, par Genet. (*Thèse de Paris*, 8 janv.) — Observation de gangrène du larynx et des poumons, par Cornil. (*Jour. des conn. méd.*, 2 avril.) — De la gangrène pulmonaire, par Sée. (*L'Encéphale*, mars.) — Un cas de gangrene avec chute complète du scrotum, par de Gastro Jobim. (*Progrès médical*, 24 janvier.) — Pathogénie de la gangrène typhoïde, par Legendre. (*Thèse de Paris*, 27 avril.) — Des gangrènes massives des membres d'origine névrotique, par Pitres et Vaillard. (*Arch. de phys.*, V, nº 1.) — Un cas de guérison spontanée d'une gangrène méphitique, par M. Barssow. (*Chirurg. Viéstnik*, nº 3.) — Un cas d'amputation de la cuisse pour une gangrène du pied due à l'oblitération de l'artère poplitée par des kystes hydatiques, par Mallins. (*Lancet*, 11 avril.)

Gastrostomie. — De la gastrostomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage, par Cohen. (*Thèse de Paris*, 25 mars.) — Gastrostomie pour cancer de l'œsophage, mort, par Augagneur. (*Lyon méd.*, p. 427, 22 mars.) — Trois cas de gastrostomie, par D. Morosow. (*Yég. Klin. gaz.*, nºs 15 à 17.) — Un cas de gastrostomie, par J. Sarytcheff. (*Méd. Obosrénié*, nº 2.)

Gastrotomie. — Du choix de la méthode dans le traitement des tumeurs de l'abdomen par la gastrotomie, par Péan. (*Gaz. des hôp.*, 28 avril.)

Gelure. — Insensibilité consécutive à des gelures, par Petit. (*Bull. Soc. d'anat. de Bordeaux*, 20 janv.)

Genou. — Genu valgum, par Bouygues. (*Soc. anat.*, 24 oct. 1884.)

Géographie méd. — Aperçu de la pathologie des Européens dans l'Afrique intertropicale, par Dutrieux. (*Thèse de Paris*, 26 mars.) — Considérations médicales sur Rio de la Plata, par Devoti. (*Thèse de Paris*, 30 avril.)

Glaucome. — Sur les causes des cercles irisés dans le glaucome, par Dobrovolski. (*Yégén. klin. gazeta*, nº 6.)

Goutte. — Des formes normales de la goutte articulaire aiguë, par Guilmoto. (*Thèse de Paris*, 16 mai.) — Note à propos de la goutte testiculaire, par Letulle. (*Société médicale des hôpitaux*, 25 février.) — Observation d'orchite goutteuse, par Latil. (*Ibid.*, 25 fév.) — Observation d'orchite goutteuse, par Péchaud. (*Ibid.*, 25 février.) — Le régime dans la goutte, par W. Ebstein. (*Wiesbaden.*)

Greffe. — La greffe éponge, par Briggs. (*Journ. of Americ. med. assoc.*, 31 janv.) — Greffe animale, par Cadiat. *Dict. encycl. des sc. méd.*, X, 2ᵉ part.)

Grippe. — Grippe, par Brochin. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4ᵉ série, t. X, 2ᵉ part.)

Grossesse. — Sur la durée de la grossesse dans ses rapports avec l'ovulation et la menstruation, par Voituriez. (*Thèse de Paris*, 20 mars.) — Vomissements incoercibles de la grossesse, mort, par Sonrier. (*Gaz. des hôp.*, 23 avril.) — Les palpitations du cœur dans la grossesse, par P. Milovzoroff. (*Méd. Viéstnik*, 1884, nº 43.) — Pathogénie de la rétroversion de l'utérus gravide, par Combarieu. (*Thèse de Paris*, 28 mars.) — Grossesse

extra-utérine traitée avec succès par l'électricité, par J. SIBBALD. (*Boston med. and surg. Journal*, 27 novembre 1884.) — Grossesse extra-utérine, rupture, péritonite, guérison, par MONTGOMERY. (*Ibid.*) — Un cas de grossesse extra-utérine, par Mme MARIE PHOUGEANSKAIA. (*Méd. obosrénié*, n° 7.) — Deux cas de grossesse extra-utérine, par N. BOZEMAN. (*New York med. journ.*, 20 décembre 1884.) — Laparotomie dans un cas de grossesse extra-utérine, par A. MOURATOFF. (*Méd. obosrénié*, n° 1) — Deux opérations de gastrotomie dans des cas de grossesse extra-utérine, par BRAITHWAITHE. (*Lancet*, 3 janvier.)

Gynécologie. — Pathologie et thérapeutique des maladies des femmes, par AUG. MARTIN. (In-8°, Vienne.)

H

Helminthes. — Parasites, par C. DAVAINE et A. LABOULBÈNE. (*Dict. encycl. de sc. méd.*, 2e série, t. XXI, 1re part.) — Du dragonneau observé chez les nubiens des régiments nègres du Caire, par AHMED FAHMY. (*Thèse de Paris*, 14 mars.)

Hématome. — De l'hématome des lèvres et du vagin, par LVOW. (*Méd. obosrénié*, n° 3.)

Hémoglobinurie. — Contribution à l'étude de l'hémoglobinurie, par HENROT. (*Union médicale du Nord-Est*, février.)

Hémorragie. — Epistaxis, par D. N. RANKIN. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, 25 oct. 1884.) — Comment arrête-t-on les épistaxis? par H. PERDICE. (*Philadelphia med. surg. reporter*, 25 octobre 1884.) — De la ménorragie symptomatique, par LAROCHE. (*Thèse de Paris*, 24 mars.) — Note sur un cas d'hémophilie, par KLIPPEL. (*Ann. méd. chir.*, mars.)

Hémorroïde. — Traité pratique et théorique des maladies hémorroïdaires, par BODENHAUER. (In-8°, New York.)

Hernie. — Hernie inguinale étranglée datant de six jours, opération, ablation d'épiploon, guérison, par PORTER. (*Med. News*, 28 mars.) — Hernie étranglée opérée dans le cours d'un érysipèle facial, guérison, par W. PIERSON. (*Med. News*, 21 mars.) — Grosse hernie inguino-scrotale droite, accompagnée de phénomènes d'étranglement, opération, mort, par PHOCAS. (*Soc. anat.*, 27 juin 1884.) — De la kélotomie dans la hernie ombilicale étranglée (deux guérisons, un mort, par HOFMOKL (*Wiener med. Presse*, n° 1, 1884.) — Hernie étranglée; anus contre nature, guérison spontanée, par RISQUEZ. (*La Union med. Caracas*, 1er fév.) — Hernie ombilicale et kyste de l'ovaire, ovariotomie et cure radicale de la hernie, par POLAILLON. (*Gaz. des hôp.*, 2 juin.) — Un cas de hernie obturatrice, par GODLEE. (*Lancet*, 11 avril.) — Un second cas de hernie de l'appendice vermiforme, par COLLAN. (*Nordiskt med. Ark.*, 1884, n° 13.) — Cas de hernie rétropéritonéale due à un arrêt de développement des intestins, par M. FURST. (*Nord. med. Ark.*, 1884, n° 15.) — Cure radicale des hernies par les méthodes directes, par CHATARD. (*Thèse de Paris*, 30 mai.) — Cure radicale des hernies, par DUNNETT SPANTON et VINCENT JACKSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 271, fév.)

Herpès. — De la pathogénie de l'herpès phlycténoïde, par DELÉTANG. (*Thèse*

de Paris, 7 mai.) — De la fièvre zoster, par Boulanger. (*Thèse de Paris*, 5 janvier.)

Histologie. — Nouveau microtome à congélation (emploi combiné de la glace et de la pulvérisation d'éther), par Rutherford. (*Lancet*, 3 janvier.) — Eléments d'histologie humaine normale, par S. L. Schenk. (Vienne.)

Hôpital. — Histoire de l'hôpital Necker, par Gervais. (*Thèse de Paris*, 28 fév.)

Hoquet. — Sur un cas de hoquet excessivement tenace guéri par le jaborandi, par Pagenstecher. (*Bull. gen. de thérap.*, 30 janv.)

Hydatides. — Hydatides du foie et du mésentère, laparotomie, mort, par R. Weir. (*Med. News*, p. 304, 14 mars.) — Rupture d'un kyste hydatique du foie dans le poumon, par Leyden. (*Soc. de méd. int. Berlin; Semaine méd.*, 14 janv.) — De l'élimination simultanée des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires et dans la cavité thoracique, par Reymondon. (*Paris médical*, 3 janv.) — Un cas d'échinocoque pré-péritonéal, par L. Heifetz. (*Vratch*, n° 18.) — Un cas d'échinocoque de la rate, par Goloubow. (*Méd. obosrénié*, n° 8.) — Un cas de kyste hydatique du rein droit, avec suppuration, et élimination d'hydatides dans les urines, par J. Lindsay Steven. (*Glasg. med. Journ.*, déc. 1884, p. 427.) — Observation de kyste hydatique sous-diaphragmatique ouvert dans la plèvre et dans l'intestin. Empyème, résection costale, guérison, par Guterbock. (*Deutsch Zeitschrift für Chirurgie*, t. XX, 1er et 2e fascicule, p. 82.)

Hygiène. — Etude sur l'hygiène de Moïse et des anciens Israëlites, par N. Gueneau de Mussy. (*Union méd.*, janv.) — Paris, par Léon Colin. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXI, 1re part.) — De l'administration de l'hygiène publique à l'étranger et en France, par Monod (In-4°, p. 104, Caen.) — L'état sanitaire de la Russie, par Portowgalow (*Méd. obosrénié*, n° 7.) — Sur les poissons vénéneux (schizothorax argentatus, s. orientalis et s. aksajensis) des fleuves de l'Asie centrale, par Y. Knokhe. (*Voïénni méd. Journal*, février.) — Recherches expérimentales sur les parfums artificiels employés par les confiseurs et les liquoristes, par Poincaré et Valois. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.) — De la glace au point de vue de l'hygiène, par de La Roche. (*Lyon méd.*, 28 avril.)

Hypnotisme. — La théorie physiologique de l'hallucination, par Binet et Féré. (*Revue scientif.*, 10 janv.) — De la suggéstion mentale, par N. Gamaléï, (*Vratch*, nos 17 et 18.) — Sur les phénomènes hypnotiques, par N. Likhonine. (*Vratch*, n° 10.) — L'image hallucinatoire et l'image réelle, par Bernheim et Charpentier. (*Gaz. méd. de Paris*, 14 mars.) — Des zones hystérogènes, hypnogènes, des attaques du sommeil, par A. Pitres. (In-8°, Bordeaux.)

Hystérie. — Notes sur un cas d'hystéro-épilepsie, par R.-P. Robbins. (*Med. News*, 3 janv.) — Hystérie, grandes attaques hystéro-épileptiques, symptôme insolite, éternument, par Charcot. (*Gaz. des hôp.*, 17 janv.) — Accidents hystériques à forme pseudo-méningitique, par Dalché. (*Gaz. méd. de Paris*, 17 janv.) — Etude clinique sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie, par P. Richer. (2e édit., Paris.) — Monoplégie brachiale, suite de traumatisme de l'épaule, sa nature hystérique, par Charcot. (*Gaz. des hôp.*, 23 mai.) — Spiritisme et hystérie, par Gilles de la Tourette. (*Progrès médical*, 24 janvier.) — Des contractures hystériques, par Klumpke. (*Rev. de méd.*, mars.) — Pied bot varus par contracture, guéri par l'ap-

plication d'une armature de cuivre pendant une heure; hystérie datant de 2 ans, disparition des crises par l'argent extra et l'or intus, par MORICOURT. (*Gaz. des hôp.*, 3 janv.) — De la fièvre hystérique, par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 fév.) — Hystérie chez l'homme, par MOTY. (*Gaz. des hôp.*, 12 mars.) — De l'isolement dans le traitement de l'hystérie, par CHARCOT. (*Progrès médical*, 28 février.) — Deux cas d'atrophie générale traités par la méthode de Playfair-Weir-Mitchell (réclusion, exercice musculaire et alimentation forcée), par SHARKEY. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XIII, p. 65.)

I

Idiotie. — Idiotie congénitale complète. Rougeole, tuberculose. Rein unique. Lésions des circonvolutions, par BOURNEVILLE et BRICON. (*Prog. méd.*, 14 mars.)

Infection. — Des processus infectieux anormaux, par BORGHERINI. (*Gaz. med. ital. prov. Venete*, n° 37, 1884.) — De la durée de la contagiosité des maladies infectieuses aiguës, par A. LUDLOW CAROLL. (*New York Med. journ.*, 6 décembre 1884.)

Injection. — Recherches expérimentales sur la ressuscitation par les injections intra-veineuses en cas de mort apparente, par JENNIGS. (*Lancet*, 7 février.) — Paralysie, suite d'injection hypodermique d'éther, par REMAK. (*Allg. Wiener med., Zeit.*, 13 janvier.) — Paralysie des doigts à la suite d'une injection sous-cutanée d'éther dans l'avant-bras, par REMAK. (*Soc. de méd. Berlin*; *Semaine méd.*, 14 janv.)

Intestin. — Leçons sur l'anatomie du canal intestinal et du péritoine chez l'homme, par FRÉDÉRIC TREVES. (*Brit. med. j.* p. 470, mars.) — Résection de l'intestin et entérorraphies faites dans le service de Billroth de 1878 à 1883, par HAUER. (*Prat. Zeitrschr. f. Heilk.* Bd. V. p. 83). — Résection du gros intestin dans un cas de tumeur squirrheuse; mort au 4e jour après l'opération, par SIDNEY JONES. (*Lancet*, 10 janvier.) — Trois cas de perforation de l'appareil vermiculaire, par WEBB. (*Australian med. journ.* octobre 1884.)

Iris. — Sur le traitement des adhérences de l'iris de la cornée, par WALKER. (*Lancet*, 31 janvier.) — Résorption de l'iris, par DUJARDIN. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, p. 85.)

K

Kyste. — Des kystes sébacés, par LUQUET. (*Thèse de Paris*, 18 février.) — Deux cas de kystes inguinaux chez la femme, par OSBORN. (*Lancet* 7 mars.)

L

Ladrerie. — Contribution à l'histoire de la ladrerie, par TROISIER. (*Société méd. des hôpitaux*, 8 avril.

Lait. — Le lait et sa constitution chimique, par DUCLAUX. (*Revue scientif.*, 30 mai.) — De la quantité de peptone dans le lait de femme et de vache, par A. DOGUIÉL. (*Vratch*, nos 4 et 5.) — Le « Araki » boisson fermentée, préparée avec du lait de vache par quelques peuplades nomades de race mongole de la Sibérie, par A. DROBYCHÉRSKI. (*Méd. Novosti*, n° 1.)

Langue. — De la glossite profonde aiguë, par CAULIER. (*Thèse de Paris*, 3 janv.) — Un cas de spasme unilatéral de la langue, par E. WENDT. (*Am. Journ. of the med. sc.*, janv., p. 173.) — Ulcérations tuberculeuses de la langue, par MONTAGNON. (*Lyon méd.*, p. 509, 5 avril.) — Hygroma de la langue, par ZEISLER. (*Chicago med. soc.*, 16 février.) — Grenouillette, par J. CHAUVEL. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. X, 2e partie.) — Extirpation de toute la langue pour les affections cancéreuses, par B. NORRIS. (*Trans. of americ. surg. assoc.*, II, p. 445.)

Laparotomie. — Vingt-cinq cas de laparotomie à l'infirmerie royale de Bristol par GREIG SMITH. (*Lancet*, 17 janvier.)

Larynx. — Anastomoses des nerfs laryngés, par MOURA BOUROUILLOU. (*Rev. de laryngol.*, 1er mars.) — Innervation des muscles laryngiens ; par M. SIMANOVSKI. (*Yégén. klin. Gazeta*, nos 9 à 13.) — Troubles fonctionnels de l'appareil vocal dans la période de la puberté, par N. SIMANOVSKI. (*Yégén. klin. Gazeta*, n° 16.) — Méthode perfectionnée pour la photographie du larynx, par T. FRENCH. (*New York med. Journ.*, 13 décembre 1884.) — Policlinique de l'école provinciale de médecine, division des maladies de la gorge, par R. DE LA SOTA Y LASTRA (Seville, 1884.) — Diagnostic et traitement des maladies du larynx, avec remarques sur l'emploi du laryngoscope, par G. FINNE. (*Christiania*, 1884.) — Pharmacopée pour les maladies du larynx, du pharynx et du nez, avec remarques sur le choix des instruments et des remèdes et les méthodes d'application locale, par GEORGE M. LEFFERTS. (*New York et Londres*, 1884, 2e édit.) — Observations cliniques sur l'utilité du spray (laryngien), par J.-J. BERRY. (*New England med. Monthly.*, 15 octobre 1884.) — Du spasme laryngé, par L. ELSBERG. (*New York med. Journ.*, 20 décembre 1884.) — Du rôle du goître dans l'etiologie de l'aphonie, par V. NIKITINE. (*Vratch*, n° 7.) — Recherches expérimentales sur la contracture des muscles des cordes vocales, par KRAUSE. (In-8°, *Berlin*.) — Paralysie bilatérale des muscles crico aryténoïdiens postérieurs pendant la grossesse. Trachéotomie, par AYSAGUER. (*Union médicale*, 31 mars.) — Tuberculose laryngée et pulmonaire ayant débuté par une simple laryngite chronique, par MACKENZIE. (*Lancet*, 14 février.) — Phtisie laryngée, par DÉJERINE. (*Gaz. des hôp.*, 14 février.) — Cas de phtisie laryngée avec granulations et ulcérations tuberculeuses du pharynx et perforation de la paroi laryngo-pharyngée, par REY. (*Progrès médical*, 2 mai.) — Phtisie laryngée : dysphagie excessive soulagée par les applications de cocaïne, par GOODHART. (*Brit. med. journ.*, p. 1133, décembre 1884.) — Contribution à l'étude du laryngo-typhus, par KOCH. (*Rev. de laryngol.*, 1er février.) — Tabes ; crises laryngées ; fausse angine de poitrine, par BERBEZ. (*France médicale*, 2 février.) — Quatre cas de kystes du larynx, par GAREL. (*Lyon

méd., p. 546, 12 avril.) — De la fistule thyro-hyoïdienne, par Tillaux. (*Progrès médical*, 21 février.) — Sarcome fasciculé intra-laryngien. Trachéotomie préventive. Extirpation complète du larynx, par Labbé. (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, t. XIV, n° 12.) — Polype muqueux énorme de la corde vocale inférieure droite, par Moure. (*Bull. soc. d'anat. de Bordeaux*, 20 mars.) — Tumeur intra-thoracique, compression du nerf récurrent gauche, par Mandillon. (*Bull. soc. d'anat. de Bordeaux*, 27 mars.) — Gomme syphilitique infiltrée de la moitié gauche du larynx, par Charazac. (*Rev. mens. de laryngol.*, avril.) — Extirpation intra-laryngée des néoplasmes du larynx, par M. Lomikorski. (*Vratch*, n° 5) — Fractures du cartilage du larynx, par Bessières. (*Thèse de Paris*, 30 mai.) — Fracture du larynx, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 19 mars.)

Lèpre. — Altérations du ganglion de Gasser et du ganglion cervical supérieur dans la lèpre, par F. Soudakiévitch. (*Vratch*, 1884, n° 48.)

Lipome. — Du lipome congénital, par Sénac. (*Thèse de Paris*, 8 janvier.) — Quatre cas de lipome symétrique de la nuque, par Mac Cormac. (*Saint-Thomas's hosp. Rep.* XIII, p. 287.)

Lithotritie. — Résumé de cent onze cas de litholapaxie, par Freyer. (*Lancet*, 28 février.)

Lupus. — Traitement du lupus par l'arsenic, par Lesser. (*Centrbl. f. die med. Wiss.*, 14 février.) Résultats assez favorables. — Guérison d'un cas de lupus érythémateux par l'arsenic employé exclusivement à l'intérieur, par Jonathan Hutchinson. (*Brit. med. journ.*, p. 525, mars.) — Note sur le traitement germicide du lupus par les mercuriaux, par Eloy. (*Union médicale*, 24 mars.)

Luxation. — Luxation incomplète de la cinquième vertèbre cervicale, mort; contusion sans rupture de la moelle au niveau de la luxation, par Berthod. (*Soc. anat.*, 24 oct. 1884.) — Deux cas de luxation de la colonne vertébrale, par Th. Jones. (*Lancet*, 21 février.) — Luxation de la colonne vertébrale, par Le Fort. (*Gaz. des hôp.*, 12 mars.) — Luxation sterno-claviculaire, guérison par un mode particulier de contention, par Le Fort. (*Gaz. des hôp.*, 23 avril.) — Luxation sous-épineuse de la clavicule, par Haslam. (*Lancet*, 3 janvier.) — Luxation de l'épaule; réduction au bout de sept semaines, suivie du développement d'un anévrisme profond (de la sous-scapulaire?) traité avec succès par ligature de la sous-clavière, par R. Parker. (*Lancet*, 18 avril.) — Luxation compliquée du coude avec rupture de l'artère et de la veine brachiales; guérison sans difformité ni impotence, par Parker. (*Lancet*, 14 mars.) — Luxation du coude datant de deux mois; réduction, par Mac-Cormac. (*Lancet*, 18 avril.) — Étude sur la subluxation spontanée du poignet, par J. Félix. (In-8°, *Lyon*.) — Luxation en arrière du premier métacarpien sur le trapèze, par Girard. (*Thèse de Paris*, 9 janvier.) — Un cas de luxation externe du tibia, par R. Jessup. (*New York med. Journ.*, 3 janvier.) — Subluxation en haut et en dedans du métatarse gauche. Irréductibilité, par Monnier. (*Gaz. méd. de Paris*, 24 janvier.)

Lymphatique. — Lympho-sarcome considérable, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 26 mai.) — Du cancer primitif des ganglions, par Perret. (*Lyon méd.*, 4 janvier.)

M

Main. — Des anomalies symétriques des doigts et du rôle que l'on pourrait attribuer à l'atavisme dans ces anomalies, par E. Verrier. (*Acad. des sciences*, 23 mars.) — Sur la matrice de l'ongle et cornification de l'ongle, par Guldberg. (*Monatsheft für prakt. Dermat.*, janv.) — Chirurgie de la main, en particulier pour les blessures de chemin de fer, par Thompson. (*Trans. of the Americ. surg. Assoc.* II, p. 185.) — De la polydactylie, par Tapié. (*Thèse de Paris*, 4 mars.) — De la rétraction de l'aponévrose palmaire, par Costilhes. (*Thèse de Paris*, 5 mars.) — De la libération de l'annulaire chez les musiciens par la section des tendons accessoires de l'extenseur commun des doigts, par W.-S. Forbes. (*Boston med. and surg. Journ.*, 25 déc. 1884.) — Du panaris profond ou ostéomyélite des phalanges, par Camps. (*Thèse de Paris*, 20 mai.)

Maladies professionnelles. — Dermite professionnelle spéciale. Eczéma des fileurs et varouleurs de lin, par Leloir. (*Ann. de dermat.*, 25 mars.) — Effets sur la santé des inhalations de poussières métalliques, par Bossmann. (*Blatter f. gerichtl. Med. und Sanit.*)

Malformation. — Difformités et leur traitement; manuel d'orthopédie pratique, par Reeves. (In-8°, *Londres.*)

Mamelle. — Pronostic et traitement des tumeurs du sein, par Trélat. (*Semaine méd.*, 4 fév.) — Etude anatomo-pathologique sur une tumeur du sein, par Gentilhomme. (*Union médicale du Nord-Est*, mars.) — Anatomie des épithéliomes de la mamelle, par Hermann et Lesur. (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, mars.) — Hypertrophie mammaire ou fibro-adénome diffus des mamelles, par Humbert. (*Gaz. des hôp.*, 12 mai.) — Quelques réflexions et observations à propos de la réunion primitive dans les amputations du sein, par Notta. (*France médicale*, 21 mai.) — Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires, par Valude. (*Thèse de Paris*, 12 janv.)

Massage. — Traité pratique du massage; historique, mode d'application, par Graham. (In-8°, *New York*.) — Le massage par le médecin, physiologie, manuel opératoire, indications d'après les ouvrages de Reibmayr, par Léon Petit. (In-8°, *Paris*.) — Effets composés de l'exercice et du massage sur la production de l'albuminurie, par Keen. (*Philad. neurol. Soc.; Med. News*, 21 fév.) — Du massage en chirurgie, de ses indications et procédés d'application, par J. Zabloudovski. (*Vratch*, n°s 6, 7 et 8.)

Maxillaire. — Quelques cas de fracture de la mâchoire, par Truman. (*Saint Thomas's hosp. Rep.* XIII, p. 83.) — Tumeurs des maxillaires, par Trélat. (*Ann. méd. chirurg.*, mars.) — Statistique des tumeurs de la mâchoire, par Bayer. (*Prager med. Wochenschrift*, n°s 39-41, 1884.) — Deux cas d'opération d'Esmarch pour l'ankylose de la mâchoire, par R. Weir. (*New York med. Journ.*, 13 décembre 1884.) — Résection du maxillaire supérieur, par G. Peters. (*Med. News*, 17 janv.) — Résection du condyle pour une ankylose, par Bull. (*Med. News*, p. 49, 10 janv.) — Adénophlegmon sous-maxillaire. Abcès sous-périostique de la mâchoire, par Verneuil. (*Gaz. des hôp.*, 14 fév.)

Médecine (histoire). — Les médecins grecs depuis la mort de Galien jusqu'à

la chute de l'empire d'Orient, par Corlieu. (In-8°, *Paris.*) — Mythes en médecine et facteurs du vieux temps, par Garrett. (In-8°, *Londres.*) — Les maladies contagieuses et les épidémies en Amérique, par Beach. (*Journ. of Americ med. assoc.*, 14 mars.) — Lexique bibliographique des médecins éminents de tous les temps et de tous les pays, par Aug. Hirsch et Wernich. (Livraisons 11 à 16. *Vienne.*) — Matériaux pour l'histoire de la médecine en Russie sous le tzar, par Fédor Alexéiévitch. (*Viéstnik Soudebn-Méd. i Obschiéstr. Guiguiéni*, vol. 1.)

Médecine légale. — Étude médico-légale sur les sévices de l'enfance, par Delcasse. (*Thèse de Paris*, 4 juin.) — Jurisprudence médicale sur la question du divorce, par von Klein. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 7 fév.) — Les taches de sang, leur signification, leur importance en médecine judiciaire, par Florence. (*Thèse de Lyon*, 28 mars.) — Remarque sur neuf cas de pendaison, par Kinkead. (*Lancet*, 11 avril.) — Mort par blessure d'arme à feu, suicide ou homicide, par Anthony Bowlby. (*Brit. med. journ.*, p. 63, janv.)

Médecine militaire. — Des effets des projectiles des armes modernes et notamment de celui de Lorenz, par B. von Beck. (*Leipzig.*) — De l'organisation des premiers secours aux blessés, par J. Sarytchéw. (*Thèse de Moscou.*)

Médecine opératoire. — Précis de manuel opératoire. Résections, par Farabeuf. (In-8°, *Paris.*) — Procédé de ponction des cavités en deux temps, par V. Zakharévitch. (*Vratch*, n° 18.)

Mélanose. — Sarcome mélanique de la peau, ablation, récidive locale et généralisation rapide, par Hallé. (*Soc. anat.*, 10 oct. 1884.)

Méninge. — Pachyméningite avec symptômes de paralysie générale, par Christian. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Obs. de méningite tuberculeuse, par Bristowe. (*Saint Thomas's hosp. Rep.* XIII, p. 97.) — Méningite suppurée par infection à la suite d'une fracture du crâne compliquée de plaie ; indication de la trépanation, par Goullioud. (*Lyon méd.*, 15 mars.) — Arachnitis et lepto-méningite spinale chronique, par Ribail. (*Gaz. méd. de Paris*, 17 janv.) — Méningocèle, par Armaignac. (*Bull. soc. d'anat. de Bordeaux*, 6 mars.) — De l'ergotine dans le traitement de la méningite aiguë, par Lacroix. (*Bulletin médical du Nord*, décembre 1884.)

Menstruation. — Quelques mots sur les causes et le but du processus de la menstruation, par A. Féoktistow. (*Voienni méd. journal*, février.) — Un cas d'hémorragie cataméniale supplémentaire par les gencives, atrophie du bord gingival et des alvéoles comme suite de l'aménorrhée, par Allport. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 7 fév.) — Dysménorrhée, par A. Petit. (*Dict. encycl des sc. méd.*, 1re série, t. XXXI, 1re partie.) — Dysménorrhée membraneuse, par Arnozan. (*Bull. soc. d'anat. de Bordeaux*, 3 fevrier.)— De la dysménorrhée membraneuse, par Ludwig Kleinwachter. (*Wiener Klinik*, 2e fasc.) — De l'action de certains remèdes dans l'aménorrhée dite fonctionnelle, par Sanctuary. (*Lancet*, 10 janvier.)

Mineur. — Rapport sur le traitement des mineurs du Gothard à l'hôpital de Varèse, par E. Parona. (*Broch.*, *Varèse.*)

Moelle. — Physiologie des centres vaso-moteurs de la moelle, par G. Smirnow. (*Yégénéd. Klin. Gazéta*, n° 18.) — Recherches sur les mouvements automatiques des animaux décapités, par J. Tarchanow. (*Viéstnik Klinitch i Soudebn. psichiatrii*, 1884, vol. II.) — Maladies de la moelle épinière pathologie, symptômes, diagnostic, traitement, par J. Althaus, trad. par

Morin. (In-8°, *Paris.*) — Commotion de la moelle épinière, par Duménil et Petel. (*Arch. de neurologie*, mars.) — Méningo-myélite ou congestion méningo myélitique survenue brusquement chez une femme à la suite d'un rapprochement sexuel, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 2 mai.) — Un cas de polyomyélite antérieure de l'adulte, par G. Elliot. (*Am. Journ. of the med. sc.*, janv., p. 138.) — Une obs. de sclérose en plaques frustes, par De Fleury. (*Rev. de méd.*, fév.) — Étude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques, par Babinski. (*Thèse de Paris*, 9 mars.) — La sclérose de la moelle, par Althaus. (In-8°, *Londres*) — Paraplégie, par E. Demange. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXI, 1re partie.) — Un cas de maladie de Friedreich, par Y. Botkine. (*Med. Obosrénié*, n° 1.) — Observation d'un cas de maladie de Thomsen. (*Union médicale*, 7 janvier.) — Crises viscérales de l'ataxie locomotrice progressive, par Veilleau. (*Thèse de Paris*, 10 janv.) — Perversions sensitives et sensorielles chez des ataxiques, par Pitres. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 janv.) — Discussion sur les arthropathies tabétiques. (*Soc. clinique de Londres*, *Brit. med. journ.*, 6 déc. 1884, p. 1135.) — Ataxie locomotrice avec perte des dents et destruction des alvéoles, par Lewis. (*Med. News*, p. 216, 21 fév.) — Ataxie locomotrice avec arthropathies de Charcot, par L. Ott. (*Philad. neurol. soc.; Med. News*, 21 fév.) — Tabes dorsalis, par F. Raymond. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XV, 1re partie.) — De la diarrhée tabétique, par Vivier. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) — Ataxie locomotrice sans altération des cordons postérieurs de la moelle, par Hugues Bennett. (*Lancet*, 7 mars.) — De la maladie de Charcot (arthropathie tabétique), par W. Rivington. (*Lancet*, 10 janvier.)

Molluscum. — Étude sur le molluscum pendulosum, par Barry. (*Thèse de Paris* 26 fév.) — Des aberrations morphologiques des néoplasies et notamment du fibrome molluscum, par Lerefoit. (*Thèse de Paris*, 26 fév.)

Mort. — Un cas de mort apparente, par Dukow. (*Rousskaia Médicina*, n° 4.)

Mortalité. — Tableaux statistiques de la ville de Berne de 1871 à 1880, par Alb. Wyttenbach. (*Berne.*)

Muscle. — Expériences sur la contraction musculaire provoquée par une percussion du muscle chez l'homme, par Bloch. (*Journ. de l'anat.*, fév.)— Sur les contractions simultanées des muscles antagonistes, par Beaunis. (*Acad. des sciences*, 30 mars.) — Des variations de la force musculaire de l'homme, par J. Rosanoff. (*Vratch*, n° 1.) — Sur quelques points de la physiologie des muscles chez les invertébrés, par De Varigny. (*Acad. des sciences*, 2 mars.) — Revision nosographique des atrophies musculaires progressives, par Charcot. (*Progrès médical*, 7 mars.) — Observations de contracture musculaire congénitale, par Bradford. (*Boston med. and surg. Journal*, 5 mars.) — Deux cas de contracture traumatique, par H. Barbier. (*France médicale*, 29 janvier.) — Dystrophies unguéales et atrophies musculaires, par Rabaine. (*Bull. soc. d'anat. de Bordeaux*, 20 janvier.) — De la pseudo-hypertrophie musculaire névropathique des adultes, par Grocco. (*Clin. propedeut. di Pavia*, 20 janv.) — De la myopathie atrophique progressive, myopathie sans neuropathie, par Landouzy et Déjerine. (*Rev. de méd.*, fev.)

Mycose. — Contributions cliniques à la connaissance de l'actinomycose humaine, par James Israel. (*Berlin.*) — Deux cas d'actinomycose chez l'homme, par J. Murphy. (*New York med. Journ.*, 3 janvier.)

Myopie. — Guérison de la myopie progressive par l'iridectomie et la sclé-

rotomie, théorie circulatoire de la myopie, par Dransart. (*Acad. des sciences*, 11 mai.) — Contribution à l'étude des causes de la myopie, par Dobrovolski. (*Iégénéd. Klin. Gazeta*, n° 1.)

Myxœdème. — Un cas de myxœdème (avec autopsie), par Hale White. (*Lancet*, 21 février.)

N

Nerfs. — Structure des corpuscules nerveux terminaux de la conjonctive et des organes génitaux, par Suchard. (*Thèse de Paris*, 9 mars.) — Les terminaisons nerveuses dans les muscles et dans la peau, par M. Lavovski. *Voïénni med. journ.*, mars.) — Sur les énergies spécifiques des nerfs de la peau, par Goldscheidler. (*Monast. f. prakt. Dermat.* janv.)— Du degré d'atrophie des nerfs olfactifs compatible avec la persistance de l'olfaction, par Duval. (*Bull. soc. d'antrop.* déc. 1884. — Régénération en 15 jours du nerf pneumogastrique chez les jeunes rats albinos et chez les jeunes cobayes, par Philippeau. (*Soc. de Biologie*, 11 janv.)—Observations sur la regénération des nerfs pneumogastrique et hypoglosse, par E. Reichert. (*Am. journ. of the med. sc.*, janv. 146.) — Influence du froid intense sur la fibre nerveuse, par Richardson. (*The asclepiad*, janvier.) — Sur la réunion des nerfs moteurs d'origine et de fonctions différentes, par M. Schiff. (*Arch. des sc. phys.*, XIII, n° 3.) — Résultats cliniques de l'élongation des nerfs, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 25 février.)— Expériences sur la distension des nerfs, par Cattani. (*Arch. per le scienze med* VIII, fasc. 4.) —Arrachement du nerf sous-trochléen dans les douleurs ciliaires et le glaucome, par J. Katzaourow. (*Vratch*, n° 16.)— Du spasme traumatique consécutif aux déchirures incomplètes des nerfs, par Bégué. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — Des névrites périphériques, par Roger. (*L'Encéphale*, mars.) — Amputation de jambe pour un mal perforant survenu après la section du sciatique, par Pollosson. (*Lyon méd.*, p. 429, 22 mars.) — Sur les névrites consécutives aux injections hypodermiques d'éther, par Salvat. (*Thèse de Bordeaux.*) — Un cas de migraine avec paralysie du nerf moteur oculaire commun, par Saundby. (*Lancet*, 10 janvier.) — Observation de névrite du plexus brachial, avec contracture chez une hystérique, par Garand. (*Soc. méd.*, 15 avril.) — Névrite périphérique du cubital consécutive à la fièvre typhoïde, par Piliotis. (*Thèse de Paris*, 6 janvier.) — Sur une affection nerveuse caractérisée par l'incoordination motrice accompagnée d'echolalie et de coprolalie, par Gilles de la Tourette. (*Arch. de neurologie*, mars.)— De la relation des affections sexuelles avec les maladies nerveuses et de la castration dans les névroses, par Alfred Hegar. (*Stuttgart.*) — Des thermonévroses, par Longuet. (*Union médicale*, 4 et 6 janvier.) — Guérison de la crampe des écrivains par le massage et la gymnastique locale (système Wolff), par de Watteville. (*Brit.med. journ.* p. 323, février.)— Notes sur la névralgie sciatique et son traitement, par M. Citrine. (*Méd. Viéstnik*, n° 1.) — Guérison d'une névralgie du trijumeau par la nitroglycérine, par Deahofe. (*Med. News*, 21 février.) — De l'acide osmique dans le traitement de la sciatique, par Merces. (*Lancet*, 10 janvier.) — Névralgie sciatique guérie instantanément au moyen d'une pulvérisation de chlorure de méthyle, par Sacré. (*Bull. de l'Ac. de méd. de Belgique*, février.) — De la valeur des pulvérisations de chlorure de methyle dans le traitement de la sciatique, par Des-

nos, Rendu, etc. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 21 janvier.) — A propos du traitement de la sciatique par les pulvérisations de chlorure de méthyle, par Debove. (*Ibid.*, 4 février.) — Sciatique guérie par le chlorure de méthyle, par Halma Grand. (*Ibid.*, 25 février.) — Introduction à l'étude des maladies du système nerveux, par Stewart. (In-8°, Londres.) — Névrome plexiforme, par Arnozan. (*Bull. soc. d'anat.*, Bordeaux, 20 janvier.)

Nez. — Maladie du nez, par Clinton Wagner. (*New York*, 1884.) — Les névroses réflexes d'origine nasale, par Sommerbrodt. (*Berl. klin. Woch.*, n° 10.) — Les éternuements névropathiques, par Féré. (*Progrès médical*, 24 janvier.) — Rapport des polypes muqueux des fosses nasales avec l'asthme, par Terrillon. (*Progrès médical*, 11 avril). — Etiologie et traitement du catarrhe nasal en particulier des déviations de la cloison, par Jarvis. (*N. York med. Record*, 14 mars.) — Cathétérisme de la trompe d'Eustache dans les cas de gueule de loup et examen du nez par éclairage postérieur, par R. Voltolini. (*Monatsch. für Ohrenh*, 1. 1884.) — L'insuffisance des inhalateurs et insufflateurs dans le traitement du catarrhe chronique nasal, par Rumbold. (*Journ. of the americ. med. assoc.*, 7 février.) — Des opérations palliatives dans le traitement des polypes naso-pharyngiens, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 25 avril.) — Rhinoplastie après une destruction complète du nez, par Ward Cousins. (*Brit. med. journ.*, p. 1185, déc. 1884.) — Extraction d'un fragment de culasse de fusil (du poids de 100 grammes), ayant séjourné cinq ans dans la cavité des fosses nasales, par Parker. (*Lancet*, 28 février.) — Epithélioma pituitaire, par Verneuil. (*Gaz. des hôp.*, 21 mars.) — Sur les micro-organismes du rhinosclérome, par Cornil et Alvarez. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, t. XIV, n° 13.)

Nouveau-né. — Des maladies de l'ombilic chez les nouveau-nés, par Furth. (In-8°, Vienne.)

Nutrition. — Recherches expérimentales sur l'influence des substances hypnogènes sur la nutrition des organes, par Salemi Pace. (*Il Pisani*, année VI.) — De l'inanition par rapport aux substances minérales, par Lébédeff. (*Vratch*, n° 2.) — Du besoin d'oxygène dans l'organisme, par Ehrlich. (In-8°, *Berlin.*)

O

Obésité. — Exposé physiologique et critique du traitement d'Ebstein contre l'obésité, par M.-J. Œrtel. (*Leipsig.*)

Occlusion intestinale. — De l'obstruction intestinale, ses variétés, pathologie, diagnostic et traitement, par Treves. (In-12, *Londres.*) — Observation d'occlusion intestinale, par Berbez. (*France médicale*, 19 février.) — Cas d'occlusion intestinale dû à un diverticule de l'iléon, à sommet soudé à l'intestin, avec lequel il se trouve en communication ouverte, par Odenius. (*Nord. med. Ark.*, 1884, n° 13.) — Un cas d'occlusion intestinale guérie par le lavage de l'estomac, par L. Scheffer. (*Vratch*, n° 14.) — Un cas d'étranglement de la partie transverse du gros intestin dans l'espace retro-uterin, par Bachineski. (*Méd. Obosrénié*, n° 8.) — Lavage de l'estomac dans un cas de miserere, par A. Meikouchine. (*Vratch*, n° 4.) — Traitement de l'invagination intestinale, par Frederik Treves. (*Brit. med. Journ.*, p. 6 janvier.)

Œil. — Recherches sur l'anatomie humaine et comparée de l'appareil moteur de l'œil, par MOTAIS. (*Arch. d'opht.*, janv.) — L'amplitude de convergence, par LANDOLT. (*Arch. d'opht.*, mars.) — De l'emploi de la lunette de Galilée en optométrie, par MARULA. (*Thèse de Paris*, 15 avril.) — Autopérimètre enregistreur, par ABERTOTTI. (*Annales d'oculistique*, octobre 1884.) — Quelques contributions à l'ophthalmométrie, par A. MAKLAKOW. (*Vratch*, n° 17.) — Relations pathologiques entre l'œil et l'oreille, par CAPDEVILLE. (*Marseille méd.*, janv.) — Des affections oculaires dans les troubles de la menstruation, par OURSEL. (*Thèse de Paris*, 5 janv.) — Trois cas rares de persistance de l'artère hyaloïdienne, par REMAK. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, janv.) — Arc sénile observé chez un enfant de 3 ans et demi, par HANSELL. (*Med. News*, 4 avril.) — Prévention des ophthalmies blennorragiques chez les nouveau-nés, par D. PARICHÉW. (*Yégén. Klin. Gazeta*, n° 12.) — Ophtalmie des nouveau-nés, par HALTENHOFF. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, fév.) — De l'inflammation de la bourse cellulaire rétro-oculaire, par PANAS. (*Union médicale*, 14 mars.) — Causes et prophylaxie de la cécité, par ERNST FUCHS. (*Wiesbaden.*) — Du kératoglobe, par PANAS. (*Union médicale*, 17 fév.) — Du ptérygion et de son traitement, méthode dite par enroulement, par DARRIGADE. (*Thèse de Paris*, 24 mars.) — De l'avancement capsulaire, par LAINEY. (*Thèse de Paris*, 7 janv.) — Issue de l'humeur vitrée à travers une ponction avec l'aiguille de la cornée, par HOLMES. (*Arch. of opht.*, t. XIII, p. 394.) — De la sclérotomie rétro-iridienne, par DEHENNE. (*Union médicale*, 28 mars.) — Blessure de la région ciliaire; névrorétinite sympathique dans l'œil sain, iritis séreuse concentrée, par RISLEY. (*Journ. of Americ. med. assoc.*, 10 janv.) — Des plaies pénétrantes intra oculaires, par ABADIE. (*Union médicale*, 23 fév.) — Amaurose subite suivie d'hémianopie homonyme supérieure, par WIÈTHE. (*Arch. of opht.*, t. XIII, n°s 3 et 4.) — Amblyopie par hémorragie menstruelle dans le cours d'une fièvre typhoïde, guérison, par WILLIAMS. (*Arch. of opht.*, t. XIII, p. 397.) — Un nouveau cas d'affection du nerf optique avec malformation du crâne, par HIRSCHBERG. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, janvier.) — Du diagnostic et du traitement des amblyopies toxiques alcoolo-nicotiques, par les injections sous-cutanées de chlorure de pilocarpine, par COURSSERANT. (*Journ. des conn. méd.*, 5 fév.) — Sur le pronostic de l'atrophie papillaire, par BORGOUGNOUX. (*Thèse de Lyon*, 21 fév.) — Dermoïde de l'œil, par LARBOURET. (*Thèse de Paris*, 30 avril.) — De l'exentération du globe oculaire, par MAREL. (*Thèse de Paris*, 29 janv.) — Emploi du borax et de l'acide borique en oculistique, par FANO. (*Journal d'oculistique*, janvier.) — De l'application du jequirity dans le trachome, par PROUNOW. (*Westnik opht.*, janv.) — Sur l'efficacité du jequirity dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse, par SALTINI. (*Gazz. degli ospitali*, n° 10.)

Œsophage. — De l'œsophagisme dans ses rapports avec les lésions de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin, par BERTRIN. (*Thèse de Paris*, 27 mai.) — Dysphagie, par BERNHEIM. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série, t. XXXI, 1re partie.) — Deux cas d'œsophagisme lié, dans un cas à un cancer de l'estomac, dans l'autre, à un cancer œsophagien situé loin de l'obstacle, par LACOMBE. (*Soc. médic. des hôp.*, 25 mars.) — Des varices de l'œsophage par obstacle à la circulation de la veine porte, particulièrement dans la cirrhose hépatique, par BENDZ. (*Nordiskt med. Arkiv*, t. XVI, n° 9.) — Cas d'ulcère de l'œsophage simulant un ulcère gastrique, par ROBERTSON. (*Australian med. Journ.*, oct. 1884.) — Cancer du cardia; diagnostic par l'examen microscopique de fragments extraits par la sonde œsophagienne; traitement par l'alimentation artificielle, par MAZZOTTI. (*Gazzetta degli ospitali*, juillet 1884.) — Cancer de l'œsophage, gastrostomie; mort de

pyohémie, quatre mois après l'opération, par BOYCE BARROW. (*Brit. med. Journ.*, p. 1131, déc. 1884.) — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par REGINALD SOUTHEY. (*Med. press. and circular.*, 8 octobre 1884.) — Avaleur de sabre ; mort par traumatisme de l'œsophage, par GROSS (*Lancet*, 7 février.) — Nouveau procédé pour employer la sonde œsophagienne à demeure, par SYMONDS. (*Lancet*, 31 janvier.)

Œuf. — Sur le rôle physiologique du retournement des œufs pendant l'incubation, par DARESTE. (*Acad. des sciences*, 16 mars.)

Oreille. — Des ganglions intra rocheux du nerf auditif chez l'homme, par G. FERRÉ. (*Acad. des Sciences*, 23 mars.) — Traité pratique des maladies de l'oreille, par ROOSA. (In-8°, *New-York.*) — Manuel pratique des maladies de l'oreille, par LÉVI. (In-18, p. 460, *Paris.*) — Statistique de la clinique des maladies de l'oreille, de l'université de Würzbourg, 1882-83, par TRUCKENBROD. (*Archiv für Ohrenh.*, t. XX, p. 255.) — Surdi-mutité et surdité par LADREIT DE LACHARRIÈRE. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XIII.) — L'explorateur acoustique, par CUIGNET. (*Bulletin médical du Nord*, décembre 1884.) — Des relations entre les maladies des voies nasales et de la gorge et les troubles de l'oreille moyenne, par DALBY. (*Lancet*, 10 janvier.) — Un cas intéressant de vertige de Ménière, par T. KRYLOW. (*Vratch*, n° 15.) — De l'otite moyenne suppurée, chronique ou otorrhée, par CHARAZAC. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 mars.) — Nécrose du temporal, par BARATOUX. (*Rev. mens. de laryngol.*, avril.) — Pyémie franche dans le cours d'une otite moyenne suppurée, guérison, par HESSLER. (*Archiv für Ohrenh*, t. XX, p. 223.) — Un cas de lésion chronique de l'apophyse mastoïde avec rétention du pus : diminution de l'importance d'une intervention opportune et du nettoyage répulsé de l'oreille par les irrigations, par HUNTINGTON RICHARDS. (*New York med. Journal*, 24 mai 1884.) — Inconvénients des injections forcées dans l'oreille externe, par MIOT. (*Rev. mens. de laryngol.*, avril.) — Blessure de l'apophyse mastoïde par coup d'arme à feu tiré dans le conduit auditif, par GARRIGOU DÉSARÈNES. (*Rev. de laryngol.*, 1er mars.) — Destruction par un adénome de la portion pétreuse du temporal et de l'organe de l'ouïe, par S. SEXTON. (*New York med. Journ.*, 13 déc. 1884.) — Migration d'un corps étranger du conduit auditif externe dans l'arrière cavité des fosses nasales, par la caisse et la trompe d'Eustache, par LALLEMANT. (*Gaz. des hôp.*, 6 juin.) — Du traitement local des suppurations de l'oreille, par AYSAGUER. (*Bull. gén. de thér.*. 15 janv.) — Traitement chirurgical de carie du rocher, par JACOBY. (*Archiv für Ohrenh.*, t. XXI, 54.)

Oreillon. — Sur une épidémie d'oreillons, par PLAGNEUX. (*Thèse de Paris*, 17 avril.) — Sur une petite épidémie de parotite et deux cas de typhus recurrens, compliqués d'orchite, survenus pendant l'épidémie de parotite, par E. LÉVI. (*Vratch*, n° 9.) — Des lésions des divers organes et appareils dans les oreilles, par LONGUET. (*Union médicale*, 25-30 avril.) — Pseudo rhumatisme des oreillons, par LANNOIS et LEMOINE. (*Rev. de méd.*, mars.)

Organismes inférieurs. — Microbes et maladies, guide pratique pour l'étude des micro-organismes, par KLEIN, traduit par Fabre-Domergue. (In-16, *Paris.*) — De l'importance de l'exploration bactérioscopique pour l'étude des maladies infectieuses, par M. AFANASSIÉW (*Vratch*, n° 6.) — Bactéries, par MAGNIN et STERNBER. (In-8°, *New York.*) — Les Bactéries, par W. ZOPF. (*Breslau.*) — Les microbes et leur rôle pathogénique, par DE VARIGNY. (*Rev. scientif.* 10 janv.) — De la coloration des colonies bactériennes, par MIQUEL. (*Semaine méd* , 11 fév.) — Influence de la lumière du soleil sur la vitalité des germes de microbes par DUCLAUX. (*Acad. des sciences*, 12 janv.)

— Sur la vitalité des germes de microbes, par Duclaux. (*Acad. des sciences*, 19 janv.) — Pouvoir parasiticide du permanganate de potasse, par G. Sternberg. (*Med. News*, 10 janv.) — Passage des microbes pathogènes de la mère au fœtus, par Koubassoff. (*Acad. des sc.*, 9 fév.) — Sur le bacterium ureæ, par Billet. (*Acad. des sc.*, 11 mai.) — Etudes bactériologiques sur la dacryocystite et l'ulcère serpigineux de la cornée, par J. Widmark. (*Nord. med. Arkiv*, t. XVI, n° 25.)

Orthopédie. — Cours d'orthopédie, par N. Stoudensky. (*St.-Pétersbourg.*)

Os. — Le développement du squelette des extrémités chez les mammifères, par Retterer. (*Thèse de la faculté des sciences de Paris.*) — Le col du fémur, par Charpy. (*Bull. soc. d'anthropol. de Lyon*, 4 déc. 1884.) — Ostéomyélite chez les adultes, par Lemoyne. (*Thèse de Paris*, 29 janv.) — Un cas d'ostéite difformante, par Lunn. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, t. XIII, p. 43.) — Hyperostoses généralisées, par Rogier. (*Thèse de Paris*, 5 janv.) — Un cas de décollement traumatique de l'épiphyse supérieure du radius, par Robson. (*Lancet*, 21 mars.) — Abcès chronique du tibia : trépanation suivie d'une amélioration considérable : traumatisme de la jambe réveillant un phlegmon diffus, amputation de la cuisse. Guérison, par Thomas Jones. (*Brit. med. Journ.*, p. 128, janv.) — Leçon sur la chirurgie des épiphyses, par C. Whalhouse. (*Brit. med. Journ.*, p. 475, mars.) — Ostéosarcome considérable de la face, par Terrillon. (*Gaz. des hôp.*, 7 mai.) — Ostéosarcome de la clavicule, résection. Guérison, par Polaillon. (*Gaz. méd. de Paris*, avril.) — L'ostéotomie sous-condylienne, pour le traitement du genu valgum, par Fowler. (*Med. News*, 11 avril.) — De l'ostéotomie, par Morin. (*Thèse de Paris*, 11 janvier.)

Ovaire. — Kyste ovarique multiloculaire, par M. Volkow. (*Yégén. klin. Gazéta*, n° 15.) — Kyste ovarique, grossesse, accouchement à huit mois. Guérison, par Hirigoyen. (*Bull. soc. d'anat. de Bordeaux*, 27 mars.) — Kyste colloïde de l'ovaire gauche, compliqué d'affection chronique des poumons, ovariotomie. Guérison, par D. Kiréeff. (*Yégén. klin. Gazéta*, n° 1.) — Observations cliniques et pathologiques sur les tumeurs de l'ovaire, par Doran. (In-8°, *Londres.*) — De la castration de la femme, par Tissier. (*Thèse de Paris*, 2 mai.) — Du péritonisme envisagé comme indication de l'ovariotomie, par Le Dentu. (*Revue de chirurgie*, janv.) — De l'ovariotomie chez les femmes enceintes, par A. Britan. (*Vratch*, n° 1) — Double ovariotomie, par Dudley. (*Chicago gyn. Soc.; Med. News*, 31 janv.) — Observation d'ovariotomie, par J. Bœckel. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, décembre 1884.) — Remarques cliniques sur une troisième série de 25 ovariotomies, par Terrier. (*Rev. de chir.*, janv.) — Un cas d'ovariotomie double, par Britan. (*Méd. Obosrénié*, n° 5.) — Délire vésanique durant trois semaines consécutivement à l'ovariotomie, par Barwell. (*Lancet*, 21 mars.)

P

Palais. — De la valeur des opérations plastiques sur le palais et de l'âge auquel il convient de les pratiquer, par Trélat. (*Rev. de chir.*, février.) — Adénome de la face supérieure du voile du palais, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 19 mars.)

Pancréas. — L'anatomie pathologique du pancréas dans les affections chro-

niques générales, par G. Rodionow. (*Voïénni méd. journal*, mars.) — Un cas de cancer de la tête du pancréas, par Rotch. (*Boston med. and surg. journal*, 19 février.)

Pansement. — Drainage combiné tubulaire et capillaire des plaies, par W. Keen. (*Med. News*, 10 janv., p. 45.) — Sutures et drainage au crin de cheval par Lewis. (*New York med. Record*, 24 janvier.) — Pansement antiseptique permanent des plaies, par Marc Sée. (*Rev. de chir.*, février.) — Sur la première application de l'iodoforme au pansement des plaies, par Renaut. (*Lyon méd.*, p. 468, 29 mars.) — Des avantages du pansement métallique à feuilles d'étain dans la chirurgie des armées, par J. Félix. (In-8°, *Bruxelles*.) — Le traitement protecteur des plaies ouvertes, par Varick (repousse l'acide phénique et emploie l'eau très chaude). (*New York county med. assoc.; Med. News*, 28 février.) — Entérite toxique causée par le sublimé en pansement, par Peabody. (*New York medic. Record*, 14 mars.)

Paralysie. — Recherches sur les paralysies musculaires par ischémie, par Leser. (In-8°, *Leipzig*.) — Des paralysies radiculaires du plexus brachial, par Secretan. (*Thèse de Paris*, 1er mai.) — Un cas de paralysie spasmodique spinale après une hémiplégie cérébrale d'origine syphilitique, par W. Néaronoff. (*Méd. Viéstnik*, n° 4.) — Paralysie spasmodique de l'enfance. par Stadden. (*Lancet*, 4 avril.) — Un cas compliqué de paralysie infantile spinale, par V. Ignatieff. (*Méd. Obosrénie*, n° 2.) — Paralysie ascendante aiguë, forme foudroyante, par Bourdel. (*France médicale*, 19 mars.) — Monoplégie brachio-crurale avec amnésie verbale, par M. Sloutžki. (*Arch. psichiatr. i névrolog.*, nos 2 et 3.) — Des troubles posthémiplégiques de la motilité, par B. Greidenberg. (*Viéstnik klinitch. i soudebn. psichiatrii*, 1884, vol. II.) — Sur un cas singulier de monoplégie brachiale survenue six jours après une chute sur l'épaule, par Troisier. (*Société méd. des hôpitaux*, 8 avril.) — De l'état des réflexes chez les paralytiques généraux, par Bettencourt. (*L'Encéphale*, mars.) — De la paragraphie dans le cours d'une paralysie générale progressive, par Régis. (*Gaz. méd. de Paris*, 28 mars.) — Des troubles de la nutrition dans la paralysie générale des aliénés, par Lian. (*Thèse de Paris*, 14 mars.) — Paralysie générale, par J. Christian et Ant. Ritti. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXI, 1re partie.) — Des complications viscérales de la paralysie générale, par Carrier. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Des impulsions au cours de la paralysie générale, par Fortineau. (*Thèse de Paris*, 20 mars.) — De l'aphasie au début de la paralysie générale, par Duhamel. (*Thèse de Paris*, 24 janvier.)

Pathologie. — De l'état local et de l'état général dans les maladies, par Tardieu. (*Thèse de Lyon*, 31 janvier.) — Les grands processus pathogéniques par Bouchard. (*Tribune médic.*, 19 avril.) — Application des lois de l'évolution dans l'étude de la pathologie, par Mansfelde. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 28 février.) — Manuel de pathologie externe, par Reclus, Kirmisson, Peyrot et Bouilly : 1° Maladies des tissus, par Reclus (petit in-8°, 756 p., *Paris*.)

Paupière. — Des glandes du cartilage des paupières, par Wolfring. (*Westnik ophtalmol.*, janv.) — De l'emploi du cautère actuel et du thermo-cautère dans le traitement de l'entropion, de l'ectropion et du trichiasis, par Terrier. (*Arch. d'ophtalm.*, janv.) — De la transplantation du sol ciliaire dans le trichiasis et l'ectropion, par Branchu. (*Thèse de Paris*, 15 mai.) — De l'emploi du thermo-cautère dans la cure de l'entropion et du trichiasis, par Trousseau. (*Union médicale*, 19 février.) — Symblépharon, par Rivière

(*Bull. Soc. d'anat. de Bordeaux*, 20 janvier.) — Epithélioma de la paupière inférieure gauche : blépharoplastie, par BADAL. (*Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, 20 février.) — Cancer épithélial de la paupière, par SATTLER. (*Med. News*, 24 janvier.) — Étude du chancre des paupières, par BAUDRY. (*Arch. d'ophtalm.*, janvier.)

Peau. — Histologie normale de la peau, par CORNIL et RANVIER. (*Ann. de derm. et de syph.*, 1884, p. 506.) — Traité des maladies de la peau, diagnostic et traitement, par GUIBOUT. (In-8°, *Paris*.) — Sur la représentation plastique des maladies de la peau, par BROOKE. (*Monatsh. für prakt. Dermat.*, mars.) — Un cas de dermatite herpétiforme de treize ans de durée, par L. DUHRING. (*New York med. Journ.*, 15 novembre 1884.) — Un cas de dermatite herpétiforme causé par le choc nerveux, par L. DUHRING. (*Ibid.*, janv.) — Cas rare d'une dystrophie de la peau, par POSPELOW. (*Ann. de dermat.*, 25 février.) — Leçons sur la sclérodermie, par CROCKER. (*Lancet*, 31 janv.) — Sur un cas de sclérodermie en rapport avec la filaria sanguinis hominis, par BANCROFT. (*Lancet*, 28 février.) — Du prurit hivernal, par D. DIAKONOW. (*Vratch*, nos 13 et 14.)

Pemphigus. — Sur une épidémie de pemphigus idiopathique, par PULVERMACHER. (*Monatsh. für prakt. Dermatol.*, février.)

Pénis. — Balano-posthite grangréneuse, par BADRE. (*Thèse de Paris*, 15 mai.) — Des fractures de la verge simples ou compliquées, par CAMI-DEBAT. (*Thèse de Paris*, 20 mai.) — Epithélioma du pénis, par BRIDDON. (*Med. News*, p. 220, 21 février.) — Le coït comme cause de la rupture du périnée et d'une fistule vésico-vaginale, par A. MASSALITINOW. (*Vratch*, n° 13.)

Péritoine. — Sur les kystes hématiques du péritoine, par ROUILLER. (*Thèse de Paris*, 12 mai.) — Considérations cliniques à propos de la péritonite et de son traitement, par DE SAINT-PHILIPPE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 janvier.) — Péritonite aiguë idiopathique. Difficultés de diagnostic. Epanchement purulent abondant dans la cavité péritonéale. Évacuation. Guérison, par ADAMS. (*Boston med. and surg. Journal*, 20 novembre 1884.) — Traitement de la péritonite par la laparotomie, par DUPAQUIER. (*Thèse de Paris*, 18 mai.)

Pharmacologie. — Leçons de pharmacologie, par BINZ, 2e partie. (*Berlin*.) — Du jaune de résorcine, par J. ANDEER. (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, 18 octobre 1884.) — Du manganèse, étude de chimie analytique au double point de vue de la pharmacie et de l'industrie, par T. BENOIT. (Broch., *Paris*.) — Contribution à l'étude de l'action pharmacologique du trichlorophénol, par S. POPOFF. (*Méd. Obosrénié*, n° 1.) — De l'artemisia gallica comme plante à santonine et de sa composition chimique, par HECKEL et SCHLAGDENHAUFFEN. (*Acad. des sciences*, 16 mars.) — Aldéhyde et paraldéhyde, par FLEXNER. (*Louisville med. News*, 24 janvier.) — Note sur les propriétés chimiques de l'antipyrine, par BARDET. (*Bulletin thérapeutique*, 15 février.) — Extrait liquide de quinquina, par REDWOOD. (*The pharmaceut. journal and transact.*, 6 déc. 1884.) — Extrait fluide de camellia, par SQUIBB. (*Ibid.*, 6 septembre 1884.) — Extrait fluide de café vert, par SQUIBB. (*Ibid.*, 6 septembre 1884.) — L'homoquinine de l'écorce de cuprea, par H. PAUL et J. COWNLEY. (*Ibid.*, 20 septembre 1884.) — Plantes employées comme médicaments en Chine. (*Ibid.*, 20 décembre 1884.) — De la colchicine cristallisée, par LABORDE et HOUDÉ. (*Tribune médicale*, 1re série.) — De l'atropine comme moyen de faire tolérer la morphine au voisinage des repas, par AUBERT. (*Lyon méd.*, 18 janvier.) — Action physiologique du sulfate de cinchonamine, par SÉE et BOCHEFONTAINE. (*Acad. des sc.*, 9 février.) —

Action du sulfate de cinchonamine sur la circulation et les sécrétions, par G. Sée et Bochefontaine. (*Acad. des sciences*, 2 mars.) — Nouvelles recherches sur la doundaké et la doundakine, par Heckel et Schlagdenhauffen. (*Acad. des sc.*, 5 janvier.) — De l'action prétendue antagoniste des alcalis et des acides sur la tonicité cardiaque et vasculaire, par Sydney Ringer. (*Lancet*, 3 janvier.) — Le chlorate de potasse; ses effets physiologiques, toxiques et thérapeutiques, par J. von Mering. (*Berlin.*) — Étude des iodiques, leur action sur la nutrition générale et leur mode d'élimination, par Duchesne. (*Thèse de Paris*, 31 janvier.)

Physiologie. — Manuel de physiologie, comprenant l'histologie et l'anatomie microscopique, par Landois, traduction anglaise, par Sterling. (In-8°, *Londres.*) — Principes de physiologie et d'histologie comparées, par Ludwig von Thanhoffer. (*Stuttgart.*) — Détermination du poids spécifique de l'homme vivant, par L. Bogdanoff. (*Vratch.*, n° 3.)

Pied. — Méthodes de traitement du pied bot, par Bradford. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 28 février.) — Nouvel appareil pour le traitement du pied bot talus, par Paul. (*Lancet*, 7 mars.) — Pied bot équin accidentel, ablation de l'astragale, guérison, par Weiss. (*Gaz. des hôp.*, 17 mars.) — Traitement de l'onyxis, par C. Dulles. (*Med. News*, 21 mars.)

Placenta. — Note sur la placentation des ruminants, par Beauregard et Boulart. (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, mars.) — Sur la nature de la néoformation placentaire et l'unité de composition du placenta, par Laulanié. (*Acad. des sciences*, 2 mars.) — Placenta avec dépôts calcaires, par Etheridge. (*Chicago gyn. soc.*; *Med. News*, 3 janvier.) — Traitement du placenta prævia, par Auvard. (*Semaine méd.*, 8 avril.) — Un cas de rétention du placenta, par Mme Bronislava Pachekiévitch. (*Méd. Obosrénié*, n° 7.)

Plèvre. — Epanchement pleurétique, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 31 mars.) — De quelques complications rares et suites morbides de la pleurésie, par Grocco. (*Gaz. degli Ospitali*, 14 septembre 1884.) — Atrophie des muscles du thorax et de l'épaule chez les pleurétiques, par Desplats. (*Semaine méd.* 18 avril.) — Pneumonie franche du sommet droit suivie de pleurésie enkystée. Vomique le vingt-huitième jour. Pneumothorax partiel; guérison, par Comby. (*France médicale*, 2 mai.) — La transmission des sons à travers les différents liquides intra-pleuraux, par Brancaccio. (*La medicina contemporanea*, janvier.) — De la voussure du thorax et du signe du cordeau chez les pleurétiques, par Pitres. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 février.) — Cinq cas de thoracocentèse, par Solomka. (*Méd. Obosrénié*, n° 8.) — Du traitement chirugical de l'empyème, par Fentchineski. (*Méd. Obosrénié*, n° 8.) — Un cas d'empyème enkysté, ouvert comme étant un épanchement péricardique, par Pel. (*Berl. klin. Woch.*, 25 février 1884.) — Opération d'Estlander pratiquée sur un jeune homme de vingt ans, par Tillaux. (*Tribune méd.*, 12 avril.) — Tubes à drainage tombés dans la cavité pleurale dans les cas d'empyème, par Huber. (*Med. Record New York*, 3 janvier.) — De la pleurotomie antiseptique, par Le Couedic. (*Thèse de Paris*, 1er mai.) — Des indications de l'opération de Létiévant, par Antoine. (*Thèse de Paris*, 11 mars.) — Traitement de l'empyème par la pleurotomie antiseptique, par Négrié. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 janvier.) — Pleurésie purulente, empyème; guérison, par Chavoix. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er février.) — Pleurésie purulente, fistule pleuro-cutanée, par Bouilly. (*Gaz. des hôp.*, 3 février.)

Poumon. — Du pneumococcus, par Bricon. (*Progrès médical*, 21-28 février.

— Diagnostic de la pneumonie bacillaire aiguë et de la pneumonie franche, par Sée. (*Union médicale*, 21 avril.) — Dyspnée, par Hecht. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série, t. XXXI, 1re partie.) — Des maladies spécifiques, non tuberculeuses du poumon. Bronchites aiguës, pneumonies parasitaires, gangrène, syphilis, cancer, etc., par G. Sée. (In-8°, *Paris.*) — Contribution à la pathologie de la pneumonie, croupale, par W. Pouchkarew. (*Yégén. klin. Gazéta*, n° 16.) — Une épidémie de pneumonie croupale, par J. Albitzki. (*Vratch*, n° 4). — De la broncho-pneumonie, par Hardy. (*Semaine méd.*, 18 mars.) — Observations sur la hauteur du son dans la percussion des cavernes pulmonaires, par Lilisberg. (*D. Arch. f. klin. Med. Band.* XXXV, *Heft* 6, p. 579.) — Un cas type d'emphysème pulmonaire, par Hardy. (*Gaz. des hôp.*, 3 mars.) — Un cas de pyopneumothorax fétide, par Finlayson et Maylard. (*Glasg. med. journ.*, nov. 1884, p. 346.) — De l'abcès pulmonaire consécutif à la pneumonie fibrineuse, par Foa et Rattone. (*Gaz degli ospit.*, 18 février.) — Un cas d'abcès du poumon, par M. Korobine (*Chirurg. Viéstnik*, n° 3). — Un cas d'abcès dans le lobe inférieur du poumon gauche après blessure par arme à feu, par J. Kasanli. (*Ibid.*). — Deux cas de hernie du poumon au-dessus de la clavicule, par Maurice Knox. (*Lancet*, 21 mars.) — La quinine peut-elle enrayer une pneumonie, par Holt. (*Med. News*, p. 161, 7 février.) — Du traitement par les inhalations dans les maladies des voies respiratoires, par Kroczak. (In-8°, *Vienne.*) — Du diagnostic différentiel de la pneumonie et de la pleurésie et de la valeur des ponctions exploratrices, par Pel. (*Zeit. f. klin. Med.*, VII, p. 335.) — De l'utilité des injections intrapulmonaires chez les malades atteints de phtisie, par Bev. Robinson. (*Med. Record, New York*, 10 janvier.) — Du traitement de la pneumonie surtout au point de vue de la saignée, par F.-L. Benham. (*Med. Times and gaz.*, 17 janvier.)

Psychoses. — Essai sur les troubles psychopathiques avec lucidité d'esprit, par Lanteirés. (*Thèse de Paris*, 13 mars.) — Recherches cliniques et critiques sur les hallucinations, par V. Kandineski. (*Méd. Obosrénié*, n° 3.)

Ptomaine. — Sur la formation des alcaloïdes dans les maladies, par Villiers. (*Acad. des sciences*, 20 avril.)

Puerpéral (État). — Nature et prophylaxie de la fièvre puerpérale, par Fuller. (*Med. News*, 3 janvier, p. 25.) — Métro-péritonite puerpérale, occlusion intestinale; mort, par Chambrelent. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1er mars 1885.) — Quelques considérations sur l'infection puerpérale, par J. Bondesen. (*Nordiskt med. Ark.*, 1884, n° 11.)

Pyohémie. — Contribution à l'étiologie de la pyohémie, par A. Biéltzow. (*Yégén. klin. Gazéta*, nos 2 à 41.) — Pyohémie spontanée (pseudo-rhumatisme infectieux), par Cayla et Charrin. (*France médicale*, 5 mai.) — Pyémie consécutive à une ulcération de l'appendice vermiforme du cœcum, par Robinson. (*Lancet*, 14 février.)

R

Rachis. — Des différentes variétés de courbure latérale de la colonne vertébrale, par Fisher. (*Lancet*, 28 février.) — Fracture probable de la colonne vertébrale, paraplégie, érection ayant persisté pendant plus de deux mois et demi, par Mollière. (*Gaz. des hôpit.*, 28 mai. — Luxation et fracture

de l'axis. suivie de guérison sans paraplégie, par DAVID LOWSON. (*Brit. med. journ.*, p. 330, fév.) — Leçon sur le traitement orthopédique du mal de Pott, par STILLEMAN. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 30 janv.) — Mal de Pot avec phénomènes paraplégiques, amélioration immédiate par l'application du corset de Sayre, par M. OXLEY. (*Lancet*, 25 avril.) — Un cas rare de spina-bifida, par CREW. (*Lancet*, 7 mars.) — Traitement du spina-bifida par excision antiseptique du sac, par MAYO ROBSON. (*Lancet*, 4 avril.)

Rachitisme.—Le phosphore dans le rachitisme, par D. SÉMTCHIÉNKO. (*Vratch*, n° 11.)

Rectum. —Pathologie et traitement du ténesme rectal, par STEANLEY REALE. (*Lancet*, 10 janvier.) — Nouveau cas de prolapsus du rectum causé par un rétrécissement congénital de cet organe, par BŒCKEL. (*Revue de chirurgie*, janvier.) — Un cas d'ablation du rectum cancéreux par SNOW. (*Lancet*, 28 mars.)

Réflexe. — Des convulsions statiques réflexes, par A. ERLENMEYER. (*Leipzig.*) — Réflexes cutanés et profonds d'après plusieurs centaines d'observations, par KNAPP. (*Journ. of americ. med. assoc.* 17 janv., p. 78.)

Rein. — Étude sur la circulation sanguine du rein, par STEINACH. (In-8°, *Vienne.*) — Anasarque sans albumine, par COLLERILLE. (*Thèse de Paris*, 3 janvier.) — Remarque sur le rein contracté avec urine normale, par WOOD. (*Med. News*, 10 janv.) — De la congestion rénale primitive, par ROBIN. (*Soc. méd. des hôp.*, 4 février.) — De la sensation du doigt mort dans le mal de Bright, par SOYER. (*Thèse de Paris*, 18 mai.) — Sur les différentes formes de néphrite, par GIUFFRÉ. (Broch., *Palerme.*) — La néphrite chronique interstitielle, par R. EDES. (*Med. News*, 14 mars.) — La localisations des lésions périnéphrétiques, par l'étude anatomo-clinique, par ROBERTS. (*Trans. of the americ. surg. assoc.*, II, p. 511.) — Néphrite interstitielle, par CANAC. (*Bull. soc. d'anat. et phys. de Bordeaux*, 29 janv.) — Néphrites artérielles; manifestations morbides qui les accompagnent et les suivent, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 11 avril.) — Du traitement sudorifique des néphrites, par GUESSE. (*Vratch.*, n° 11.) — Calcul rénal ; coliques néphrétiques ; expulsion spontanée du calcul par l'urètre, par RABAINE. (*Bull. soc. d'anat. de Bordeaux*, 13 janvier.) — De la tuberculisation du rein envisagée au point de vue chirurgical, par HARRISON. (*Lancet*, 18 avril.) — Cas de pyonéphrose, par J. KNOWSLEY THORNTON. (*Med. Times and Gaz.*, 3 janvier.) — Un cas d'abcès pararénal, par BOTKINE. (*Yégén. klin. Gazéta*, nos 1, 2 et 3.) — Leçon sur quelques cas de chirurgie rénale, par BARKER. (*Lancet*, 17 janvier.) — Remarques sur l'extirpation du rein, par R. WEIR. (*New York med. journ.*, 27 déc. 1884.) —Statistiques de néphrectomie, par BAUM. (*Philadel. med. Times*, 21 févr.) — Sur une opération de néphrectomie, par POLAILLON. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, t. XIV, n° 18.) — Extraction d'un sarcome rétro-rénal par l'incision abdominale, par J.-R. CHADWICK. (*Boston med. and surg. journal*, 23 octobre 1884.)

Résection. — De la résection de l'articulation tibio-tarsienne par la face postérieure dans l'arthrite fongueuse, par LIEBRECHT. (In-8°, *Bruxelles.*) — L'arthrectomie du genou, par HEYDENREICH. (*Sem. méd.*, 25 mars.)

Rétine. — Du lieu de production des photopsies dans la rétine, par DENISSENKO. (*Westnik ophtalm.*, janvier.) — Du décollement de la rétine, par CASSIDANIUS. (*Thèse de Lyon*, 6 janvier.) — Sur le traitement du décollement de la rétine, par WOLFE. (*France médic.*, 4 décembre 1884.) — Trai-

tement du décollement de la rétine, par J. Wolfe. (*Brit. med. journ.*, p. 1234, déc. 1884.) — Rétinite albuminurique limitée à l'œil gauche, par H. Eales. (*Brit. med. jour.* p. 1248, déc. 1884.) — Note sur un cas de rétinite apoplectique par thrombose de la veine centrale de la rétine, par A. Angelucci. (*Rome*, 1884.) — Gliome de la rétine, par Augier et Dujardin. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, p. 89.)

Rhumatisme. — De l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu ; sa valeur séméiologique, par Chéron. (*Thèse de Paris*, 29 mai). — Rhumatisme mono-articulaire aigu de l'articulation temporo-maxillaire, par Berthod. (*Gaz. méd. de Paris*, 7 février.) — Note sur un cas de rhumatisme chronique fibreux amyotrophique à type rectiligne, par Juhel-Rénoy. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.) — Observ. de rhumatisme chronique de forme particulière, par Porteret. (*Lyon méd.*, 4 janvier.) — Du rhumatisme cardiaque, par Vaisse. (*Thèse de Paris*, 21 janvier.) —De l'influence du traumatisme sur le rhumatisme articulaire aigu, par Barbé. (*Thèse de Paris*, 8 mars.)— Rhumatisme vertébro-méningé, par Blomfield. (*Lancet*, 24 janvier.) — Du rhumatisme articulaire pendant l'état puerpéral, par Celles. (*Thèse de Paris*, 4 juin.) — Rhumatisme infectieux, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 19 mars.) — Erythème polymorphe. Intermittences cardiaques rhumatismales, par Perrenot. (*Loire médicale*, 15 avril.) — De l'efficacité de l'antipyrine contre le rhumatisme articulaire aigu, par Bernheim. (*Gaz. des hôp.*, 3 mars.)—L'antipyrine dans le rhumatisme articulaire, par Masius. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 1.) —Du traitement du rhumatisme articulaire chronique par l'azotate de strontiane, par Ismail Hassan. (*Thèse de Paris*, 17 avril.)

Rougeole. — La mortalité par la rougeole à Saint-Pétersbourg du 1er janvier 1871 au 1er janvier 1884, par P. Zagorski. (*Vratch*, n° 8.) — La rougeole et ses complications, par Cleveland. (*Med. News*, p. 274, 7 mars.)

S

Salivaire (App.). — Sur les tumeurs des glandes salivaires, par Perochaud. (*Thèse de Paris*, 25 mars.) — Fistules de la parotide et du canal de Sténon. Traitement nouveau, par Tussau. (*Thèse de Lyon*, 20 fév.) — Traitement des fistules salivaires de Sténon, par Coursier. (*Thèse de Paris*, 10 janv.)

Sang. — Sur la numération des éléments du sang, par Toison. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, fév.) — Etude de la diapédèse des globules blancs sur la vessie de la grenouille, par M. Prudden. (*Lancet*, 31 janvier.)—Procédé clinique de mensuration de la capacité respiratoire du sang, par Maragliano. (*Centrbl. f. die med. Wiss.*, 13 déc. 1884.) — Observations cliniques sur le sang des aliénés, par Macphail. (*Journ. of mental science*, janv.) — Du rôle de l'arrêt des échanges entre le sang et les tissus de la contracture et de l'inhibition à l'égard du degré d'énergie et de la durée des propriétés des nerfs et des muscles après la mort, par Brown-Séquard. (*Comptes rendus soc. de Biologie*, 21 mars.) — Un nouveau réactif pour découvrir l'oxyde de carbone dans le sang, par S. Zalésski. (*Vratch*, n° 3.)

Saturnisme.— Pathogénie des accidents saturnins, par Stiénon. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, janv.) — Hémianesthésie d'origine saturnine, par

Hardy. (*Gaz. des hôp.*, 21 fév.) — De la goutte saturnine, par Vercier. (*Thèse de Paris*, 4 juin.) — Note sur une cause encore peu connue d'intoxication saturnine, par Gérin Roze. (*Société méd. des Hôpitaux*, 21 mars.) — Sur un cas d'intoxication occasionnée par la manipulation et l'empaquetage de la braise dite chimique, par Duguet. (*Ibid.*, 11 mars.) — De l'intoxication saturnine causée par la manipulation de la braise chimique, par Vallin. (*Ibid.*, 25 mars.)

Scarlatine. — De la température et de l'albuminurie dans la scarlatine, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 7 mai.) — Scarlatine avec adéno-phlegmon gangréneux du cou, par Williams. (*Lancet*, 28 février.) — Pyélonéphrite consécutive à la scarlatine, par Bouloumié. (*Union méd.*, 3 mars.)

Scorbut. — Contribution à la pathologie du scorbut, par Th. Stazévitch. (*Vratch*, n° 10.)

Septicémie. — Évolution spontanée d'un œdème malin chez des cobayes, et d'une septicémie chez des oies, des canards et des poules, par Petri. (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, 22 et 29 nov. 1884.) — Une septicémie expérimentale, par Charrin. (*Thèse de Paris*, 14 mars.)

Serpent. — Leçons sur le venin des serpents du Brésil, par De Lacerda. (In-8°, *Paris.*)

Station. — Madère et son importance comme station sanitaire, par Karl Mittermaïer et Julius Goldschmidt, 2e édition. (*Leipzig.*)

Strabisme. — Deux cas de strabisme en haut, par Holmes. (*Arch. of Opht.* XIII, nos 3 et 4.)

Sueur. — Ephidrose unilatérale, par Eulenburg. (*Soc. de méd. int.; Sem. méd.*, 14 janv.) — Sueurs locales, par Durodié. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, 6 févr.) — La teinture de belladone contre les sueurs nocturnes des phtisiques, par A. Radakow. (*Méd. Obosrénié*, n° 6.)

Synoviale. — De la suppuration des bourses séreuses, par Gouzer. (*Thèse de Paris*, 7 janv.) — Synovite phlegmoneuse de la bourse séreuse située sous le tendon du semi-membraneux ; suppuration consécutive de l'articulation du genou ; amputation de la cuisse ; guérison, par Gribbon. (*Lancet*, 7 mars.)

Syphilis. — Leçons sur la pathologie et le traitement de la syphilis, par Edward Lang. (*Wiesbaden.*) — Leçons sur la syphilis, par Leloir. (*Progrès médical*, 14 mars.) — Matériaux pour la géographie médicale et la statistique de la Russie. Vol. 1. La syphilis en Russie, 1re partie : la syphilis dans les villages et les villes, par G. Herzenstein. (*Saint-Pétersbourg.*) — La syphilis dans le district de Yambourg et son traitement par les injections hypodermiques de cyanure de mercure à 1 0/0 et 2 0/0, par P. Prochoroff. (*Vratch*, n° 3.) — Des principaux facteurs de gravité dans la syphilis, par Bourdin. (*Thèse de Paris*, 19 janv.) — Transmission de la syphilis par la circoncision pratiquée d'après le procédé hébraïque, par A. Kedoloff. (*Ann. de dermat. et de syph.*, 1884, p. 526.) — Sur les microbes de la syphilis, par Pospélow. (*Méd. Obosrénié*, n° 8.) — La syphilis bactérienne, par Neisser. Traduction et annotation par Diday et Doyon. (*Ann. de dermat. et de syphil.*, novembre et décembre 1884.) — Contribution à l'étude des chancres extra-génitaux, par Lavergne et Perrin. (*Annales de dermat. et de syphil.*, juin et juillet 1884.) — Réveil tardif de la syphilis. (*Gaz. des hôp.*, 7 mars.) — Un cas de syphilis resté 30 ans sans traitement spécifique, par S. Smirnow. (*Yégén. klin. Gazéta*,

n° 13.) — Altération caractéristique de la couleur des lèvres et des angles de la bouche, ainsi que de l'aspect de ces angles, comme symptôme pathognomonique de la syphilis tardive, par O. Hagen-Torn. (*Vratch*, n° 8.) — Sur deux caractères cliniques d'une grande utilité au point de vue du diagnostic entre le chancre infectant et l'herpès dans les cas difficiles, par Leloir. (*Journ. des conn. méd.*, 2 avril.) — Un cas de syphilis héréditaire tardive de la gorge; traitement par les onctions mercurielles et l'alimentation rurale; guérison, par Bruce. (*Lancet*, 4 avril.) — Syphilis héréditaire dans ses manifestations sur l'appareil auditif, par Hermet. (*Ann. de derm. et de syph.*, mars.) — Des manifestations de la syphilis sur la voûte crânienne, par Galtier-Boissière. (*Thèse de Paris*, 6 mars.) — De l'hémiplégie faciale dans la période secondaire de la syphilis, par Dargaud. (*Thèse de Paris*, 6 janv.) — De l'épilepsie syphilitique et de son diagnostic différentiel avec l'épilepsie vulgaire, par Barbier. (*Thèse de Paris*, 23 janv.) — Hépatite hypertrophique de nature syphilitique, accompagnée d'ascite considérable, paracentèse, guérison ; neuf ans plus tard mort consécutive à des accidents cérébraux de même origine, par Bec. (*Gaz. des hôp.*, 12 fév.) — Observation de syphilis cérébrale. Syphilis du cerveau et des os du crâne greffée sur une ancienne blessure non cicatrisée du frontal. Trépanation sans efficacité. Guérison par le traitement spécifique. Paraplégie quatre ans après; mort, par Le Dentu. (*France médic.*, 13 et 16 décembre 1884.) — Syphilis cérébrale simulant une paralysie générale, par Charpentier. (*Ann. de dermat. et de syph.*, mars.) — Gommes syphilitiques de l'hémisphère cérébral droit ayant donné lieu à des symptômes de paralysie générale, sans paralysies localisées, par Desnos. (*Société méd. des hôpitaux*, 25 février.) — Phtisie syphilitique, guérison, par Gaudichier. (*Ann. de dermat.*, 25 mars.) — Chancre syphilitique de la langue, par Nevsky. (*Méd. Obosrénié*, n° 21, 1884.) — Notes sur quelques affections syphilitiques de l'œil, par A. Meighan. (*Med. Times and Gaz.*, 3 janvier.) — Contribution à l'étude du chancre de la paupière, par Baudry. (*Bulletin médical du Nord*, janvier-février.) — Synchisis étincelant et syphilis, par Courtade. (*Union médicale*, 3 janvier.) — Altérations des reins dans la syphilis héréditaire, par Marchiafava. (*Arch. per le scienze med.*, VIII, fasc. 4.) — De la syphilis viscérale, par Bristowe. (*Lancet*, 21 février.) — Chancre syphilitique du col utérin, par Preis. (*Russkaia med.*, n° 34, 1884.) — Opérations chirurgicales chez les syphilitiques, par Jannot. (*Thèse de Paris*, 11 mars.) — Le traitement de la syphilis constitutionnelle d'après la méthode de Smirnoff, par Soffiantini. (*Giorn. ital. delle mal. venere*, janv.) — Traitement local des manifestations syphilitiques, par Jos. Grunfeld. (*Wiener Klinik*, 3e fasc.) — Cautérisation d'un chancre induré par le sublimé pratiquée dans le but d'enrayer le développement d'une syphilis, par Hallopeau. (*France médicale*, 12 mars.)

T

Tabac. — De l'empoisonnement par le tabac, par Potain. (*Semaine méd.*, 6 mai.) — Tabac, par Pécholier. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XV, 1re part.)

Tænia. — 50 cas de tænia (42 mediocanellata, 6 solium), par Friès. (*Nordiskt med. Arkiv*, t. XVI, n° 6.) — Tænia solium chez un enfant de 2 ans, par

Davis. (*Journ. of Americ. med. assoc.*, p. 245, 28 fév.) — Un cas d'épilepsie provoquée par un tænia solium, par A. Léontieff. (*Vratch*, n° 1.)

Teigne. — Du traitement des teignes, par Vénégas. (*Thèse de Paris*, 16 janvier.)

Température. — La température normale de l'homme, par Ch. Richet. (*Rev. scientif.*, 4 avril.) — Influence du système nerveux sur la calorification, par C. Richet. (*Acad. des sciences*, 13 avril.) — Influence de la température extérieure sur la chaleur interne, le pouls et la respiration des jeunes mammifères, par J. Eröss. (*Prag. Zeitschr. f. Heilk. Band.* V, p. 317.) — Sur la mesure du sens de température, par A. Eulenburg. (*Monatsheft für prakt. Dermat.*, janvier.) — Traité de thermométrie médicale comprenant les abaissements de température, algidité centrale, thermométrie locale, par Redard. In-8°, p. 730. (*Paris.*)

Testicule. — De la descente des testicules et du développement du scrotum, par C. Weil. (*Prag. Zeitschr. f. Heilk. Band.* V, p. 225.) — L'état mental des spermatoréiques, par Legrand du Saulle. (*Gaz. des hôp.*, 10 mars.) Des hydrocèles récidivées de la tunique vaginale et de leur traitement, par Fafournoux. (*Thèse de Paris*, 13 fév.) — Hématocèle vaginale gauche, castration, par Ballue. (*Soc. anat.*, 11 juillet 1884.) — Hématocèle volumineuse, drainage de la cavité vaginale. Guérison, par Richet. (*France médicale*, 17 mars.) — Pathogénie et structure des kystes de l'épididyme, par Monod et Arthaud. (*Arch. de physiol.*, 1er avril.) — Un cas de sarcome alvéolaire du testicule, par A. Wédenski. (*Méd. Obosrénié*, n° 1.) — Un cas de kysto-fibrome du testicule, par le même. (*Ibid.*). — Sarcome multiple du péritoine secondaire à un sarcome du testicule, par Bennett. (*Philad. med. Times*, 7 mars.) — Note sur un cas d'inclusion scrotale, par Cornil et Berger. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XIV, n° 9.) — Trois cas de sarcome du testicule, castration. Guérison, par Sydney Jones. (*Lancet*, 7 mars.) — De quelques plaies et d'une de leurs complications, le tétanos, par Legoux. (*Gaz. des hôp.*, 14 fév.) — Un cas de tétanos traumatique suivi de guérison, par Zématzki. (*Méd. Obosrénié*, n° 3.) — Un cas de tétanos, par Téntchineski. (*Ibid.*) — Tétanos aigu traumatique, par Lanelongue. (*Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux*, 1er fév.) — Du traitement méthodique du tétanos par la fève de Calabar, par Pissot. (*Thèse de Paris*, 8 janv.)

Thérapeutique. — Almanach thérapeutique, par G. Beck. (XIIe année, *Berne.*) — Traité de matière médicale ou pharmacographie, physiologie et technique des agents médicamenteux, par Fonssagrives. (In-8°, *Paris.*) — De la caféine comme stimulant cardiaque, par Bruen (*Med. News*, 31 janv.) — De la kola (*Sterculia acuminata*), étude physiologique et thérapeutique, par Monnet. (*Bull. gén. de thér.*, 15 janv.) — La kairine dans le traitement de la fièvre palustre et de la pneumonie croupale, par Parona. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 11.) — Kairine et antipyrine, par Grasset. (*Semaine méd.*, 7 janv.) — De la kairine dans la syphilis, par Pushkareff. (*Yégén. klin Gazéta*, n° 26, 1884.) — De l'antipyrine et de la kairine, par Mingazzini. (*Gaz. degli Ospit.*, n° 104, 1884.) — Etude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine, par Arduin. (*Thèse de Paris*, 25 fév.) — Sur l'application de l'antipyrine au traitement de la tuberculose pulmonaire, par Coculet. (*Thèse de Paris*, 12 mai.) — De l'antipyrine, par Cesari. (*Giorn. int. delle sc. med.*, fasc. 1 et 2.) — Un cas de mort par collapsus, à la suite de l'administration de l'antipyrine (à la dose de 4 gram. en 3 h.), par Blore. (*Lancet*, 28 février.) — Sur un nouvel antipyrétique, la thalline, par Huchard. (*Union médicale*, 3 janvier.) — De l'action antithermique des

alcaloïdes du québracho, par Eloy et Huchard. (*Union médicale*, 27 septembre 1884.) — De la belladone comme moyen de faire tolérer l'iodure de potassium, par Aubert. (*Lyon méd.*, 29 mars.) — Du jaborandi comme galactagogue, par Rook. (*Journ. of Americ. med. assoc.*, 28 fév.) — De l'action thérapeutique du nitrite de sodium et de la nitroglycérine, par Lublinski. (*Soc. de méd. int. Berlin; Semaine méd.*, 14 janv.) — Sur l'emploi de la terpine en thérapeutique, par Lépine. (*Rev. de méd.*, fév.) — Nitrite d'amyle, par Squibb. (*The pharmaceutical Journal and transactions*, 20 déc.) — Note sur l'action de la paraldéhyde, par Strahan. (*Lancet*, 31 janvier.) — Sur le chlorure de méthyle contre l'élément douleur dans des affections diverses, par Tenneson. (*Société méd. des hôp.*, 11 mars.) — Observations cliniques sur l'emploi thérapeutique du bromure de nickel, par Leoman. (*Med. News*, 18 avril.) — Sur la valeur thérapeutique de l'arsenic dans l'anémie et les clystrophies, par L. Wilks. (*Lancet*, 11 avril.)

Thyroide. — Des lésions oculaires dans le goitre exophtalmique, par Pedrono. (*Thèse de Paris*, 11 mars.) — Goitre exophtalmique, formes frustes, nouveau signe physique, traitement par l'électricité, par Charcot. (*Gaz. des hôp.*, 31 janv.) — Le corps thyroïde, ses relations avec la pathologie du myxœdème et du crétinisme, par V. Horsley. (*Brit. med. Journ.*, p. 111, janv.) — Trois cas d'opération du goitre, par Britan. (*Méd. Obosrénié*, n° 6.) — De la thyroïdectomie, par Richelot. (*Union médicale*, 1er et 3 février.)

Trachée. — Plaies par instruments tranchants du pharynx, de l'œsophage et de la trachée, leur traitement, par L. Getz. (*Journ. of Americ. med. assoc.*, 28 mars.) — Observation de goitre avec compression, trachéotomie ; note sur les canules et sur de nouveaux modèles pour la trachéotomie faite très bas, par Graham. (*Journ. of Americ. med. assoc.*, 7 mars.) — Sur quelques complications de la trachéotomie, par Parker. (*Lancet*, 24 janv.) — Tumeur intrathoracique rétrotrachéale de nature strumeuse, compression et rétrécissement de la trachée par une tumeur issue du corps thyroïde, trachéotomie. Mort, par Krönlein. (*Deutsche Zeifts. f. Chir.*, t. XX, p. 93.)

Transfusion. — Contribution à l'étude des injections sous-cutanées de sang, et de la transfusion chez l'homme, par Langlet. (*Union médicale du Nord-Est*, janvier.) — Transfusion du sang et de liquide salin, par Egerton Jennings. (*Progrès médical*, 17 janvier.) — Transfusion du sang dans un cas de phtisie chronique, par Carnalt Jones. (*Lancet*, 3 janvier.) — Injection dans les veines d'une solution de chlorure de sodium dans un cas d'hémorragie puerpérale, par D. Ott. (*Vratch*, n° 2.) — Un nouvel appareil pour la transfusion du sang, par J. Hutchison. (*New York med. Journ.*, 13 décembre 1884.) — Appareil portatif pour la transfusion du sang, par William Walter. (*Brit. med Journ.*, p. 1233, 20 déc. 1884.)

Traumatisme. — Influence des états constitutionnels et des altérations vésicales sur le traumatisme, par Monier. (*Thèse de Paris*, 23 janv.) — Deux cas de traumatisme par une explosion de dynamite, par G. Cowell. (*Lancet*, 14 mars.)

Tremblement. — Du tremblement, par Breillot. (*Thèse de Paris*, 20 fév.)

Tuberculose. — L'étiologie de la phtisie pulmonaire chronique, par H. Brehmer. (*Berlin.*) — Sur les microzymas du tubercule, par Béchamp. (*Bull. acad. de méd.*, 2e série, t. XII, n° 37.) — Quelle place doit occuper la tuberculose parmi les affections contagieuses, par Daremberg. (*Bull. Acad. de méd.*, 2e série, t. XII, n° 40.) — Distribution des bacilles tuber-

culeux dans les lésions de la phtisie, par PERCY KIDD. (*Brit. med. Journ.*, p. 1193, déc. 1884.) — De l'infection tuberculeuse par la voie génitale, par VALLIN. (*Soc. méd. des hôp.*, 21 janvier.) — Transmission de la tuberculose par voie génitale, par RICHARD. (*Ibid.*, 11 mars.) — Observation de tuberculose pulmonaire et osseuse provenant par contagion d'une tuberculose pulmonaire, par L. BOUYER. (*Union médicale*, 12 mars.) — Etiologie de la phtisie pulmonaire chronique, par HERM. BREHMER. (*Berlin.*) — Tuberculose pulmonaire se manifestant à la suite d'un traumatisme de l'épaule, par POTAIN. (*Gaz des hôp.*, 3 juillet 1884.) — Tuberculose généralisée à la suite du traumatisme opératoire, par VERNEUIL. (*Gaz. des hôp.*, 3 janv.) — La tuberculose pulmonaire dans les familles, par LEUDET. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, t. XIV, n° 15.) — De la contagion de la phtisie pulmonaire (1 fait), par ZASETSKY. (*Vratch*, n° 47, 1884.) — L'étiologie de la tuberculose, discussion sur le travail de FORMAD. (*Journ. of Americ. med. assoc.*, 21 mars.) — Des adénopathies scrofuleuses et de leurs rapports avec la tuberculose, par TREVES, (*Lancet*, 31 janvier.) — De la tuberculose de la mamelle de la vache et du lait tuberculeux, par BANG. (*Nordiskt med. Arkiv*, t. XVI, n° 26.) — L'injection de matières inorganiques finement pulvérisées dans la cavité abdominale des lapins ne produit pas la tuberculose, par G. STERNBERG. (*Am. Journ. of the med. sc.*, janvier 1885.) — Recherches sur les altérations du système nerveux sympathique dans la phtisie pulmonaire, par V. GEDANOW. (*Méd. Obosrénié*, n° 5.) — Deux cas de tuberculose buccale, par T. AMORY DE BLOIS. (*New York med. Journ.*, 8 nov. 1884.) — De la tuberculose des plèvres et du péritoine au point de vue du pronostic et du traitement, par BOULLAND. (*Thèse de Paris*, 15 avril.) — Deux cas de tuberculose sèche, sénile avec emphysème pulmonaire, athérome généralisé, arthritisme, par DUGUET. (*Gaz. des hôp.*, 5 mai.) — Immobilisation d'une phtisie bacillaire du poumon, par SOLLES. (*Bull. soc. d'anat. de Bordeaux*, 20 mars.) — Cas de dépression systolique du thorax chez un tuberculeux, par MÉDAIL. (*Bull. soc. d'anat. de Bordeaux*, 27 janv.) — Un cas de phtisie primitive de l'intestin et secondaire des poumons chez un adulte, par MAZZOTTI. (*Bulletino delle Scienze mediche di Bologna*, 6e série, t. XIII.) — De la tuberculose chirurgicale, par HALL. (*Thèse inaug. New York* et *Med. News*, 24 janv.) — Gomme scrofulo-tuberculeuse, raclage. Guérison, par BROCHIN. (*Gaz. des hôp.*, 20 janv.) — Rapports entre l'affection tuberculeuse des jointures et la tuberculisation générale, par F. DENNIS. (*New York med. Journ.*, 27 décembre 1884.) — De l'hydarthrose tuberculeuse, par POULET. (*Paris méd.*, 7 fév.) — Leçons sur le traitement hygiénique et climatérique de la phtisie pulmonaire, par HERMANN WEBER. (*Brit. med. Journ.*, p. 517, mars.) — Guérison de la phtisie par la vie de montagne, par R. GERNER. (*Glasg. med. Journ.*, p. 241, oct. 1884.) — Les voyages en mer et les poitrinaires, par THAON. (In-8°, *Nice.*) — Des effets du bichlorure de mercure dans la phtisie, par KALLOCH. (*Med. News.*, 14 mars.) — Traitement de la phtisie par le climat d'altitude, par SORGIUS. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, mars.)

Tumeur. — Anatomie pathologique générale des tumeurs, leur nature et leur classification physiologique, par BARD. (*Arch. de physiol.*, 1er avril.) — Variétés rares de tumeur maligne, par VERCHÈRE. (*Gaz. méd. de Paris*, 21 janv.)

Typhoïde (Fièvre). — Sur le microbe de la fièvre typhoïde de l'homme, par TAYON. (*Acad. des sc.*, 9 fév.) — Influence de différents agents sur les bacilles typhiques de Eberth et Koch, par E. BAGÉNOW. (*Yégén. klin. Gazéta*, nos 5 et 6.) — Sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, par ARTAULT. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — L'épidémie typhoïde de Chantilly, par P. GERNE. (*Le*

Concours méd., 4 avril.) — Abcès miliaires des reins dans la fièvre typhoïde, par Gallois. (*Thèse de Paris*, 26 mars.) — Des lésions osseuses dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par Gelez. (*Paris méd.*, 10 janv.) — Périostite consécutive a la fièvre typhoïde, par Hayward. (*Brit. med. Journ.*, 3 janv.) — Périostite consécutive à une fièvre typhoïde, par Edw. Mackey. (*Brit. med. Journ.*, p. 126, janv.) — Périostite costale suppurée consécutive à une fièvre typhoïde, par Edwin Jackson. (*Brit. med. Journ.*, p. 428, fév.) — Etude sur les périsplénites et la pleurésie de voisinage dans la fièvre typhoïde, par Alvarez. (*Thèse de Paris*, 21 janv.) — Fièvre typhoïde. Mort subite au 32e jour, par Davezac. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 fév.) — De la fièvre typhoïde abortive, par Bernheim. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janv.) — Complications pulmonaires de la fièvre typhoïde simulant la tuberculose, par Vazeille. (*Thèse de Paris*, 25 mars.) Des hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde, par Picard. (*Thèse de Paris*, 28 mars.) — De la méningo-myélite ascendante subaiguë dans la dothiénentérie, par Mailfaire. (*Thèse de Paris*, 20 mai.) — Fièvre typhoïde, aphasie et hémiplégie droite dans la période terminale, abcès volumineux des méninges, par Tissier. (*Soc. anat.*, 31 octobre 1884.) — Diagnostic de la fièvre typhoïde dès le premier septenaire, par Hardy. (*Gaz. des hôp.*, 14 avril.) — Formes bénignes et latentes de la fièvre typhoïde. (*Gaz. des hôp.*, 7 mars.) — Fièvre typhoïde à évolution latente. Mort par hémorragie intestinale, par Dignat. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 fév.) — Idée délirante fixe après une fièvre typhoïde, par Z. Goutnikoff. (*Arch. psich., nécrolog. i soud. psich.*, n° 1.) — Fièvre typhoïde dans le cours d'une grossesse, par Noyes. (*Med. News*, p. 361, 28 mars.) — Essais de chimie appliquée à la thérapeutique ; l'acide phénique et la fièvre typhoïde, par Robin. (*Arch. gén. de méd.*, fév.) — De l'effet des bains salins dans la fièvre typhoïde, par M. Rabinovitch. (*Vratch*, n° 8.) — Sur le traitement de la fièvre typhoïde par le salicylate de soude à doses accumulées, par Becq. (*Progrès médical*, 3 janvier.)

U

Ulcère. — Altération des nerfs périphériques dans deux cas de maux perforants plantaires et dans quelques autres formes de lésions trophiques des pieds, par Pitres et Vaillard. (*Arch. de physiol.*, 15 février.)— Mal perforant plantaire, par Nicaise. (*Sem. méd.*, 29 avril.)

Urée. — Des variations de l'urée dans quelques maladies fébriles, par Fournier. (*Thèse de Paris*, 8 janvier.) — Sur les variations de l'urée du sang dans différentes maladies et en particulier dans la rétention d'urine, par Meige. (*Thèse de Paris*, 31 janvier.) — Un appareil simple pour le dosage de l'urée, par W. Gerrard. (*The pharmaceut. journ. and transact*, 13 décembre 1884. — De l'acide urique dans la salive, dans le mucus nasal, pharyngé, bronchique, utéro-vaginal, par Boucheron. (*Acad. des sciences*, 18 mai.) — Urémie simulant une méningite tuberculeuse, par Canac. (*Bull. soc. d'anat. de Bordeaux*, 13 janvier.) — Note sur un cas d'urémie avec élévation de la température, par A. Moussous. (*France médicale*, 14 avril.)

Urinaires (Voies). — Chirurgie des voies urinaires de sir Henry Thompson, traduction allemande, par Dupuis. (*Wiesbaden.*) — De l'appareil urinaire des vieillards, par Launois. (*Thèse de Paris*, 18 février.) — De la congestion dans les maladies des voies urinaires, par Tuffier. (*Thèse de Paris*,

20 février.) — Rétrécissement de l'urètre; abcès urineux dans le rectum; hypertrophie vésicale et cystite, pyélite, néphrite consécutive, par HALLÉ. (*Soc. anatom.*, 3 août 1884.) — Un cas d'atrésie congénitale de l'urètre, par G. CHIARUGI. (*Boll. della soc. tra. i cult. in Siena.*, I, n° 3.)— Fracture du pubis et rupture de l'urètre; rétrécissement infranchissable; résection urétrale et urétroplastie, par D. MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, 29 mars.) — Rétrécissement urétral guéri par l'urétrotomie externe; développement consécutif d'un épithélioma de la vessie avec généralisation rapide, par KORTOV. (*Lancet*, 14 février.) — Oblitération totale du canal de l'urètre chez un nouveau-né: opération, guérison, par EDW. WOOD FORSTER. (*Brit. med. journ.*, p. 17 janvier.) — Calcul de l'urètre et calcul enchatonné de la prostate, par RICHELOT. (*Union médicale*, 1er mars.) — Un cas de calcul de l'urètre, par DUNNING. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 31 mars.) — Diverticulum de l'urètre chez la femme, par SANTESSON. (*Nordiskt med. Arkiv*, vol. XVI.)— Corps étranger de l'urètre chez un rétreci, urétrotomie externe sans conducteur, urétrotomie interne consécutive, guérison par BOURDOUX. (*Le Concours méd.*, 24 janvier.)

Urine. — L'analyse des urines, par S. LAACHE. (*Leipzig.*) — Constitution et mode de formation des cylindres urinaires, par KNOLL. (*Prag. Zeitsch, f. Heilk.*,V. p. 289.) — Sur les urines pathologiques, par VILLIERS. (*Acad. des sc.*, 11 mai.)

Urticaire. — Observ. d'urticaire pigmentée, par FEULARD. (*Ann. de dermat.*, 25 mars.) — Sur l'urticaire pigmentaire, par THOMAS COLCOTT FOX. (Analyse par Brocq.) (*Ann. de dermat. et de syph.*, août 1884.)

Utérus. — Dilatation rapide du col utérin contre la stérilité et la dysménorrhée, par GOELET. (*Med. News*, 18 avril.) — Observation d'inversion utérine survenue immédiatement après l'accouchement et suivie de mort, par LÉVÊQUE. (*Union médicale du Nord-Est*, janvier.) — De l'importance prétendue des flexions et des déplacements de l'utérus, par HEWITT. (*Lancet*, 7 février.) — Influences réciproques de la grossesse et du cancer de l'utérus, intervention chirurgicale possible pendant la gestation et hors du travail, par LANCE BRIAND. (*Thèse de Paris*, 16 avril.) — Rétroflexion de l'utérus gravide rétention, d'urine, vessie renfermant 180 onces (5,760 cent. cubes d'urine), mort de cystite, par GREEN. (*Brit. med. journ.*, p. 177, janv.) — Pessaire à demeure. Métrite. Intoxication. Mort par hémorragie cérébrale, par CONZETTE. (*Gaz. méd. de Paris*, 11 avril.) — Un cas d'hématome du col utérin, par J. LWOFF. (*Méd. Viéstnik*, n° 4.) — Tuberculose de l'utérus, par W.-J. JONES. (*Med. News*, 3 janvier.) — De l'avantage et de l'emploi de l'iodoforme comme suppositoire utérin, par BOGDAN. (*Thèse de Paris*, 28 mai.) — De quelques accidents septiques dus à la présence des corps fibreux de l'utérus, par ROBERT. (*Thèse de Paris*, 28 mai.) — — Recherches cliniques sur les grands myomes interstitiels du col utérin, par BREISKY. (*Prag. Zeistschr. f. Heilk.* Bd V, p. 109.) — Myome utérin du poids de 7 kilog.,07. Hystérectomie. Guérison, par TILLAUX. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, t. XIV, n° 18.) — Polype intra utérin, polype intermittent, ablation, par DESPRÈS. (*Gaz. des hôp.*, 12 février.)— Polype fibreux de l'utérus à apparitions intermittentes, définitivement rétrocédé dans la cavité utérine et fixé par des adhérences. Enucléation. Guérison, par POZZI. (*Gaz. méd. de Paris*, 10 janvier. — Enormes polypes fibreux de l'utérus, par POZZI. (*Rev. chir.*, février.) — Un cas d'amputation supra-vaginale de l'utérus pour un fibro-myome sous-muqueux, par SOLOVIEW. (*Méd. Obosrénié*, n° 3.) — Excision de la partie vaginale du col utérin, par KHOLMOGOROW. (*Méd. Obosrénié*, n° 5.) — Extraction d'un fibrome interstitiel considérable de l'utérus à travers une incision vaginale, par E. BŒCKEL. (*Gaz. méd.*

de Strasbourg, mars.) —Hystérectomie. Mort par péritonite. Autopsie, par Terrier. (*Union médicale*, 12 avril.) — Extirpation de volumineux fibromes utérins par le vagin; deux cas; guérison, par Sutton. (*Med. News*, 18 avril.) — Extirpation de l'utérus et de l'ovaire droit par la voie vaginale, dans un cas de tumeur maligne; guérison, par Purcell. (*Lancet*, 31 janvier.) — Extirpation d'un volumineux fibrome utérin, avec la matrice, les trompes et les ovaires; guérison, par Henry Morris. (*Lancet*, 28 mars.) — Deux cas d'extirpation vaginale de l'utérus cancéreux, par A. Lébédew. (*Yégén. klin. Gazéta.*, n° 7 à 11.) — Du traitement du pédicule dans l'hystérectomie par voie abdominale, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 22 avril.)— Hystérectomie, ouverture de la vessie, cystorraphie, par Dénucée. (*Soc. anat.*, 6 juin.) — Extirpation de l'utérus et de ses annexes; mort au 6e jour par péritonite provoquée par l'oubli d'une éponge dans le le ventre, par Briddon. (*N. York surg. soc.; Med. news*, 21 février.) — De l'opération d'Alexander-Adams sur les ligaments ronds, par W. Gardner. (*Glasg. med. journ.*, nov. 1884, p. 321.) — Traitement des déviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds, par Masse. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 8 mars.)

V

Vaccin. — Vaccination ou non vaccination, par Huguenin. (In-8°, *Zurich.*)— De la vaccine animale, par Goldschmidt. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er févr.)

Vagin. — Deux cas de vaginite chronique, par Hicks. (*Lancet*, 4 avril.) — Hydrocèle de la grande lèvre chez une femme de 28 ans, par Anderson. (*Brit. med. journ.*, p. 227, janv.) — Hyperesthésie vulvaire, vaginisme, dilatation forcée du vagin, par Verneuil. (*Gaz. des hôp.*, 21 mars.)

Vaisseaux. — Des mouvements réflexes des vaisseaux sanguins chez l'homme, par Fano. (*La Salute*, fasc. 1.) — Mesure de la pression nécessaire pour déterminer la rupture des vaisseaux sanguins, par Gréhant et Quinquaud. (*Acad. des sciences*, 2 mars.)

Variole. — De la variole hémorragique et de son traitement par l'essence de térébenthine, par J. Penna. (*Rev. Argentina de ciencias med.*, 1er déc. 1884.) — De la variole dans l'état puerpéral par Chavoix. (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, 9 janv.) — Contribution à l'étude de la varicelle, par D. Sémtchiénko. (*Vratch*, n° 5.)

Veine. — Recherches anatomiques sur les veines du rachis, par Walther. (*Thèse de Paris*, 5 mars.) — De la cure radicale du varicocèle, par H. Lee. (*Lancet*, 18 avril.) — Traitement chirurgical du varicocèle, par Richelot. (*Union médicale*, 29 mars.)

Vessie. — Commentaires sur les principes d'opération de la pierre dans la vessie, par Schuppert. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 3 janv.) — Nouvel évacuateur pour retirer les débris calculeux de la vessie après la lithotritie, par Walker. (*Med. News*, p. 55, 10 janvier.) — Deux volumineux calculs urinaires dans la vessie de jeunes enfants, lithotomie, guérison, par Clement Lucas. (*Brit. med. journ.*, p. 178, janv.) — Calcul vésical

consécutif à l'introduction d'un corps étranger, bout de pipe en baleine, dans la vessie; lithotomie, par HARRISON. (*Lancet*, 14 février.) — Des cystites en général, par GUYON. (*Gaz. méd. de Paris*, 11 avril,) — Uréthrovaginite chronique, cystite secondaire. phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius, mort, par J. PARA. (*Soc. anat.*, 31 oct. 1884.) — De l'extirpation des tumeurs de la vessie, par HEYDENREICH. (*Semaine méd.*, 21 janv.) — Extroversion de la vessie, par A. MAYO ROBSON. (*Brit. med. journ.*, p. 222, janv.) — Un cas de rupture de la vessie par contusion du périnée, par J. ZÉMATZKI. (*Vratch*, n° 8.) — Rupture de la vessie par VARNIER. (*Soc. anat.*, 27 juin 1884.) — Rupture extra-péritonéale de la vessie, par fracture du bassin ; laparotomie et suture vésicale, mort, par W. BULL. (*New York med. Journ.*, 15 novembre 1884.)

Vision. — Définition, classification et notation des couleurs, par CHARPENTIER. (*Acad. des sciences*, 16 mars.)—Sur la mesure de l'intensité des sensations, en particulier des sensations colorées, par CHARPENTIER. (*Acad. des sc.*, 11 mai.) — Une nouvelle méthode de détermination numérique de la perception de la lumière, par FREITEL. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, janv.) — Théorie de la perception des couleurs, par C. OLIVER. (*Am. Journ. of the med. sc.*, janv.) — La perception différentielle dans les cas des éclairages ordinaires, par AUG. CHARPENTIER. (*Acad. des Sc.*, 9 fév.)

Xanthelasma. — Du xanthelasma, par DUROSELLE. (*Thèse de Paris*, 25 mars.) — Observation de xanthelasma multiple, par JOHN KENT SPENDER (*Brit. med.*, p. 482, mars.) — Du xanthome temporaire des diabétiques et de la signification nosologique du xanthome. *Revue critique*, par CHAMBARD. (*Ann. de dermat. et de syphilis*, juillet 1884.)

Zona. — Observation de zona bilatéral du cou chez une femme de 40 ans, par J. MAGEE FINNY. (*Brit. med. journ.*, p. 67, janv.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Zur Histogenese der menschlichen Grosshirnrinde (Histogenèse des hémisphères cérébraux de l'homme), par S. FUCHS (*Sitzungsber. der kais. Akad. d. Wiss. zu Wien., Band LXXXVIII*, p. 157).

Voici les faits principaux de ce travail inspiré par les études antérieures d'Exner :

1° Substance fondamentale et tissu de soutien. — La substance fondamentale qui, chez les fœtus de six mois, est finement granuleuse et très peu vascularisée, montre chez le nouveau-né une tendance à se diviser en filaments très fins ; en même temps, on note une augmentation de volume très remarquable et une formation de noyaux abondante.

Les cellules de *Deiters* du tissu de soutien montrent déjà chez l'enfant de cinq mois leurs caractères typiques. L'auteur n'a cependant jamais aperçu les ramifications décrites par Deiters.

2° Cellules pyramidales. Les cellules pyramidales existent déjà chez les nouveau-nés, avec leurs traits essentiels, dans la couche supérieure des circonvolutions.

Le type de Meynert, c'est-à-dire la formation en cinq couches bien nettes, ne s'est pas rencontré chez les enfants au-dessous de sept mois. La forme du noyau de ces cellules est ellipsoïdale.

3° Filets nerveux à myéline. —Au moment de la naissance, l'enfant ne possède de fibres à myéline ni dans la moelle ni dans l'écorce cérébrale. Elles ne commencent à apparaître que vers la fin du premier mois et, pour ce qui concerne l'écorce, elles apparaissent à différents moments dans les différentes couches. Dans la zone la plus externe, on trouve les premières fibres à myéline vers le cinquième mois après la naissance; dans la seconde couche, seulement après la première année, tandis que les faisceaux rayonnants des couches profondes se montrent déjà dès le second mois. Les fibres d'association appartenant au système des fibres arciformes de la troisième couche se voient vers le septième mois. A partir de ce moment, ces faisceaux à myéline croissent en nombre et en volume jusqu'à l'âge de sept ans, et elles présentent alors la disposition qu'elles conserveront chez l'adulte. — L'auteur insiste enfin, au point

de vue des applications physiologiques, sur l'observation que les fibres d'association, correspondant au gyrus central antérieur, chez l'enfant au-dessous de quatorze mois, sont plus développées que celles qui correspondent au gyrus central postérieur. DASTRE.

On the corpus callosum in the embryo, par D.-J. HAMILTON (*Brain, p.* 145, *juillet* 1885).

On considère en général le corps calleux comme une large commissure de substance blanche étendue transversalement entre les deux hémisphères, et destinée à relier, par des fibres horizontales, les parties similaires des circonvolutions frontales et pariétales. D'après Hamilton, cette manière de voir est erronée, et déjà dans une communication antérieure, il a eu l'occasion de soutenir (*Brain*, juillet 1883) qu'une grande partie des fibres du corps calleux subissaient la décussation sur la ligne médiane. En effet, les anomalies et les lésions pathologiques le prouvent.. Lorsque par une raison quelconque congénitale ou accidentelle certaines circonvolutions frontales d'un hémisphère se détruisent ou s'atrophient, on ne retrouve pas une atrophie similaire dans les circonvolutions correspondantes de l'autre hémisphère, mais bien dans certains tractus plus centraux.

L'étude du cerveau de l'embryon vient confirmer cette manière de voir de la façon la plus évidente. Les embryons les plus favorables sont ceux qui sont âgés de 3 à 4 mois. En les durcissant et en les colorant, soit avec l'acide perosmique, soit avec la fuchsine acide, ou la méthylaniline, on obtient des coupes très démonstratives qui permettent de se rendre compte du trajet des fibres.

Laissant de côté les détails de technique microscopique auxquels nous renvoyons le lecteur, nous nous bornons à enregistrer les principales conclusions de l'auteur au sujet de la constitution du corps calleux.

Le corps calleux n'est point une commissure. Une partie des fibres corticales qui émanent des circonvolutions le traversent obliquement en diagonale, et après avoir contourné la cavité ventriculaire, s'infléchissant inférieurement pour former : 1° la plus grande partie de la capsule interne (au moins dans sa portion antérieure) 2° la moitié interne de la capsule externe.

Telle est la disposition des fibres qui proviennent de la partie moyenne de l'écorce cérébrale. Comment se comportent celles qui émanent des régions frontales? La théorie classique est que les fibres en question traversent le genou du corps calleux et s'incurvent en avant pour aboutir aux points correspondants de la région frontale opposée. Elles sont supposées avoir une direction horizontale. C'est là encore une erreur. L'examen du cerveau fœtal montre que des fibres provenant, par exemple, de l'extrémité antérieure de la région frontale gauche, viennent aboutir horizontalement au niveau du genou du corps calleux, le traversent plus ou moins obliquement, et finalement se dirigent en arrière en gagnant la capsule interne. Comme la corne antérieure du ventricule latéral est située bien plus en avant que le genou du corps calleux, il s'ensuit qu'avant d'arriver à la capsule interne, ces fibres sont obligées de décrire un trajet circulaire assez compliqué autour de ladite corne ventriculaire.

C'est ce que montre de la façon la plus nette une coupe horizontale du cerveau faite au niveau de la partie moyenne du lobe frontal. H. R.

Zur Kenntniss des Faserverlaufes im menschlichen Rückenmarke (Contribution à la connaissance du trajet des fibres dans la moelle de l'homme), par **Al. LUSTIG** (*Sitzungsb. der kais. Akad. d. Wiss. zu Wien.*, *Band LXXXVIII*, *p.* 139).

L'auteur tire de ses recherches instituées d'après la méthode d'Exner les conclusions suivantes :

Le nombre des fibres nerveuses à myéline que l'on trouve dans la substance grise est beaucoup plus grand que l'on ne croit communément ; on les décèle en des points où beaucoup d'auteurs ont représenté des fibres à noyaux. La commissure antérieure est composée de fibres nerveuses à myéline présentant des trajets variés ; il y en a qui vont du cordon antérieur d'un côté à l'autre ; ces fibres se croisent et passent à l'état de fibres longitudinales ; il y en a, en second lieu, qui marchent parallèlement à la portion moyenne du cordon antérieur pour se rendre à la corne antérieure, s'y étalent en éventail et se perdent entre les cellules ; en troisième lieu, on en trouve qui se continuent dans les cloisons du cordon antérieur correspondant ; les derniers enfin, ont un trajet trans versal et viennent se répandre dans le réseau de la substance grise latérale.

La commissure grise postérieure est formée : 1° de fibres qui vont directement à travers la substance grise jusqu'au bord interne des cordons latéraux ; 2° de fibres arciformes qui vont rejoindre la substance grise des cornes postérieures et deviennent ensuite longitudinales ; 3° de fibres qui se rendent au cordon postérieur du côté correspondant ; 4° enfin de fibres qui pénètrent dans les cloisons conjonctives des cordons postérieurs.

Pour ce qui concerne les racines antérieures des nerfs spinaux, l'auteur montre que : 1° une portion des fibres extrêmes pénètre dans la corne antérieure du même côté et se perd entre les cellules nerveuses ; 2° une autre portion de ces fibres traverse la corne antérieure correspondante pour aborder directement le cordon latéral et en former les faisceaux longitunaux ; 3° les fibres moyennes n'ont pu être suivies.

Quant aux racines postérieures des nerfs spinaux, l'auteur montre que : 1° les fibres les plus externes traversent la corne postérieure, gagnent l'arrière du cordon latéral et prennent une direction verticale ; 2° les fibres suivantes passent horizontalement dans la substance gélatineuse de Rolando et se dirigent perpendiculairement à leur première direction ; 3° une autre portion de ce même faisceau se dérobe à toute observation après qu'elle a pénétré dans la corne postérieure ; elle se perd dans le réseau péri-cellulaire ; 4° d'autres fibres enfin peuvent être suivies jusqu'au bord de la substance grise qui limite en arrière la corne antérieure. DASTRE.

Sur le développement des glandes vasculaires, par **RETTERER** (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 29 *juin* 1885).

En étudiant, chez l'embryon de poulet, le développement de la bourse de Fabricius, laquelle, chez l'adulte, présente dans ses parois des types

parfaits de glandes vasculaires (follicules lymphatiques), on voit l'épithélium qui tapisse la surface interne de la poche de Fabricius envoyer dans le chorion des prolongements pleins, involutions ou introrsions, dans lesquelles bientôt pénètrent des tractus de tissu cellulaire embryonnaire. En suivant l'évolution de ces introrsions, qui seront les follicules, on les voit se constituer ainsi par un réseau d'éléments du tissu lamineux, dans les mailles duquel sont contenus les éléments épithéliaux. Les éléments des amygdales paraissent se développer de même chez l'embryon humain. Les glandes vasculaires sanguines résulteraient donc d'un enchevêtrement de deux tissus d'origine différente et primitivement séparés, l'un mésodermique, représentant la trame vasculaire, l'autre épithélial, d'origine ectodermique ou entodermique. M. DUVAL.

Contribution à l'histoire du développement du cœur, par ASSAKY (*Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, 16 *juillet* 1883).

1° Lorsqu'on examine par la face ventrale le cœur d'un embryon de poulet au bout de 42 heures d'incubation, il n'est pas rare de constater que sa cavité est séparée en deux moitiés symétriques par une cloison médiane qui commence, en arrière, au point d'abouchement des veines omphalo-mésentériques, traverse la portion ventriculaire et va se perdre, en avant, avec la portion bulbaire du cœur, au moment où celle-ci plonge vers les parties profondes. Cette cloison suit la direction générale du cœur et décrit par rapport à l'axe médullaire une courbe à convexité droite.

Le premier rudiment du cœur paraît être double.

2° Le myocarde est constitué au début par des cellules anastomosées en réseau ; les fibrilles musculaires naissent par génération endo-cellulaire.

Chez l'embryon de poulet, au deuxième jour de l'incubation, on voit partir du protoplasma clair et homogène qui constitue le corps de ces cellules, des prolongements qui se rendent aux cellules voisines. Ces prolongements, que la dissociation peut seule mettre en évidence, n'ont, dans les premiers temps, aucune direction déterminée et ils se présentent avec des dimensions qui varient avec l'écartement qu'on a artificiellement imposé aux cellules. Une dissociation poussée trop loin rompt ces connectifs et donne aux cellules une forme générale allongée. Les cellules musculaires du 2e jour sont pourvues d'un noyau volumineux, allongé, granuleux.

Chez l'embryon du 3e jour, les cellules et les noyaux conservent à peu près les mêmes caractères, sauf cependant que le protoplasma paraît un peu moins clair et moins homogène.

Au 4e jour, le protoplasma prend un aspect granuleux irrégulier, les noyaux ont une forme arrondie, ils possèdent un ou deux nucléoles manifestes et leur volume équivaut à celui de la moitié des noyaux du 2e jour.

Au 5e jour de l'incubation, les cellules musculaires présentent une striation longitudinale très marquée. Lorsque les cellules n'ont pas été écartées, l'état strié se continue d'une cellule à l'autre sans solution apparente de continuité ; lorsque, au contraire, les cellules ne sont plus juxta-

posées, les stries des prolongements rétablissent seules les connexions. Les noyaux sont ovalaires et contiennent en général deux nucléoles brillants.

Chez l'embryon humain de la 8e semaine, les cellules allongées, munies d'un noyau nucléolé, sont parcourues d'une striation longitudinale qu'on retrouve dans toutes leurs ramifications, fait constaté déjà par Ch. Robin.

3° Les cellules musculaires du cœur reconnaissent, selon toute probabilité, pour origine des cellules migratrices du feuillet moyen.

Rouget a montré que les éléments contractiles de la tunique musculaire des vaisseaux sanguins proviennent de cellules amiboïdes qui sont venues se fixer à la paroi endothéliale. D'après Selenka, la tunique musculaire de l'intestin (Holothuries) se développe de la même façon. Le même processus présiderait au développement de la couche musculaire du segment vasculaire cardiaque. A. C.

Contribution à l'étude de l'embryologie de l'œil, par REAL Y BEYRO (*Thèse de Paris*, 1885).

Ce travail est divisé en quatre chapitres. Le premier expose l'état de la question : le deuxième est consacré à l'étude de la fente oculaire; le troisième au tractus uvéal chez les oiseaux et les mammifères ; le quatrième au corps vitré embryonnaire, à son origine et au développement du réseau vasculaire qui le constitue. Les conclusions peuvent s'énoncer ainsi :

1° L'invagination de la paroi distale de la vésicule oculaire primitive est due à l'accélération de son développement par rapport au retard de la coque mésodermique qui l'enveloppe.

2° La *fente oculaire fœtale* part de la vésicule oculaire secondaire au point d'insertion du pédicule : elle marche de là vers le cristallin et vers le pédicule où sa fermeture est retardée par le paquet des vaisseaux.

3° Le moment de la soudure varie. Chez les oiseaux (poulet), elle commence au 6e jour et se termine seulement au 13e, au niveau du peigne.

4° La *chorio-capillaire* est une dépendance de la pie-mère cérébrale. Elle enveloppe complètement la vésicule oculaire primitive des mammifères ; elle présente une lacune du côté externe chez les oiseaux.

La membrane pupillaire, l'iris et le corps ciliaire se développent par prolifération des vaisseaux de la chorio-capillaire aux bords de la vésicule oculaire secondaire.

5° Le corps vitré embryonnaire est constitué par la chorio-pupillaire qui accompagne la vésicule oculaire primitive, c'est-à-dire par un réseau vasculaire qui exsude peu à peu une substance hyaline emplissant ses mailles.

6° Les derniers vestiges du réseau du corps vitré sont l'artère hyaloïde et le réseau de la membrane vasculaire postérieure du cristallin.

7° La membrane capsulo-pupillaire est une dépendance du réseau du corps vitré embryonnaire, et son développement est parallèle à celui du cristallin.

8° Les vaisseaux de la rétine naissent des vaisseaux centraux au niveau de la papille.

10° Le zone de Zinn et l'hyaloïde naissent par différenciation de la substance hyaline du corps vitré. L'hyaloïde apparaît tardivement ainsi que la zonule.

11° Le peigne des oiseaux est l'homologue du réseau du corps vitré des mammifères. Il n'est pas recouvert à son origine par l'hyaloïde, contrairement à l'opinion admise.

12° Chez les oiseaux, il n'y a pas de membrane pupillaire ni de capsule vasculaire du cristallin. DASTRE.

Zur Kenntniss der Nervenfaserschichte der menschlichen Retina (Contribution à la connaissance de la couche des fibres nerveuses de la rétine humaine), par S. BERNHEIMER (*Sitzungsb. d. kais. Akad. d. Wissens. zu Wien. XC., p.* 136).

L'acuité visuelle de la *Fovea centralis* exige que chaque bâtonnet ait son signe local, sa conduction particulière vers les organes centraux; mais il ne peut y avoir une fibre spéciale pour chaque bâtonnet, car il y a six ou huit fois moins de fibres dans le nerf optique que de bâtonnets dans la rétine. L'auteur s'est proposé de comparer les filets nerveux qui vont à la macula lutea avec ceux qui se rendent aux autres parties de la rétine et en second lieu de rechercher si les fibres périphériques ne présenteraient point de ramifications plus ou moins nombreuses, de telle sorte que plusieurs bâtonnets fussent tributaires d'une seule fibre. *Michel* (1875) a déjà montré que les faisceaux de fibres nerveuses qui vont de la papille vers la macula lutea sont plus fins et plus grêles que les autres; ils sont d'ailleurs disposés les uns et les autres en plexus. Bernheimer a voulu comparer non point les faisceaux mais les fibres elles-mêmes. Il a constaté, en employant une technique appropriée, que les fibres optiques de la macula lutea étaient plus grêles que celles des autres parties : elles ont au plus 3/10 de μ, tandis que les autres sont au moins doubles de celles-ci. L'auteur s'est mis à l'abri d'une cause d'erreur qui consisterait à confondre les fibres de soutien avec des fibres nerveuses.—Quant à la seconde question, l'auteur n'a pu y donner qu'une réponse négative : il n'a jamais vu les fibres du nerf optique se ramifier avant d'atteindre la couche granuleuse de la rétine : les ramifications, si elles ont lieu, se font par l'intermédiaire des cellules nerveuses intra-rétiniennes. DASTRE.

Recherches sur la structure des corpuscules nerveux terminaux de la conjonctive et des organes génitaux, par E. SUCHARD (*Thèse de Paris*, 1885).

Dans la conjonctive du veau, Suchard a constaté l'existence de petits corpuscules de Pacini auxquels aboutit un nerf formé d'une seule fibre à myéline. Les gaines lamelleuses du nerf se continuent avec les premières capsules conjonctives du corpuscule de manière à constituer à ce dernier un petit système de deux ou trois lamelles. Le centre du corpuscule est occupé par une massue interne qui ressemble beaucoup à celle de certains corpuscules de Herbst. Cette massue formée de tissu conjonctif à fibres très fines fournit au nerf sa dernière enveloppe. La cavité centrale de la massue est tapissée de cellules dont on voit facilement les noyaux

sur les coupes perpendiculaires à l'axe du corpuscule. La fibre nerveuse qui aborde toujours le corpuscule par l'un de ses pôles perd sa gaine de myéline en pénétrant dans la massue interne et se termine par un petit renflement. Suchard décrit et figure un ligament intercapsulaire qui présente une certaine étendue et va se perdre dans le tissu conjonctif ambiant.

Chez l'homme les corpuscules de la conjonctive doivent être considérés comme de petits corpuscules de Meissner. Le nerf s'enroule autour du corpuscule ainsi que l'a montré Rouget et il se termine, après avoir perdu sa gaine de myéline en se divisant en plusieurs rameaux terminés en boutons.

Il existe dans la muqueuse des organes génitaux du lapin des corpuscules allongés se rattachant au type général des corpuscules de Meissner; chez l'homme cette muqueuse contient des corpuscules de Meissner composés remarquables par leur volume et les réseaux des fibres nerveuses qui s'y terminent. Suchard a trouvé de plus dans la muqueuse génitale du lapin un grand nombre de corpuscules de Pacini de forme et de volume variables. ASSAKY.

Recherches anatomiques sur les veines du rachis, par Ch. WALTER (*Thèse de Paris*, 1885).

La richesse des plexus veineux intrarachidiens varie suivant les régions. Elle semble être au cou en rapport avec l'étendue des mouvements du segment correspondant de la colonne vertébrale. Au niveau des premières vertèbres cervicales les plexus antérieurs se confondent avec les plexus postérieurs et leur distension peut diminuer d'un quart ou d'un tiers la capacité du canal rachidien. Ils ont là une influence considérable sur la circulation générale du crâne et du cou. De plus ils forment un coussin élastique qui protège l'extrémité supérieure de la moelle dans les mouvements de la tête.

Les anastomoses avec les veines extrarachidiennes forment autour des racines rachidiennes et de leurs ganglions un très riche plexus de deux réseaux superposés qui matelassent les parois des trous de conjugaison et protègent les nerfs qui les traversent.

Les veines extra-rachidiennes forment sur toute la hauteur de la colonne vertébrale plusieurs séries d'arcades qui s'anastomosent par chaque trou de conjugaison avec les veines intra-rachidiennes de sorte que chacun de ces groupes de veines joue par rapport aux autres le rôle d'une série de canaux de dérivation. Les injections pratiquées en différents sens et à toutes les régions montrent que partout les communications sont assez larges pour rétablir immédiatement le cours de la circulation après la création d'un obstacle, l'application d'une ligature ou d'une pince, etc.

Il existe toujours au niveau des deux premières vertèbres cervicales, deux énormes groupes de veines, situés l'un à droite, l'autre à gauche, dans l'angle externe du canal cervical, véritables confluents occipito-vertébraux qui sont le centre de toute la circulation veineuse profonde du cou. Ils sont l'origine commune des plexus intrarachidiens antérieurs et postérieurs, des veines jugulaires postérieures et des veines vertébrales externes et internes.

Les veines jugulaires postérieures et les veines vertébrales dont les branches couvrent de leurs innombrables réseaux toute la périphérie de la colonne cervicale offrent en général une importance considérable. Le système de ces veines postérieures est presque aussi riche que celui des veines antérieures, jugulaire interne, jugulaire externe, etc. Les deux systèmes se suppléent du reste réciproquement et on trouve constamment une sorte d'équilibre entre le volume des jugulaires postérieures et celui des jugulaires antérieures. De larges anastomoses unissent ces deux systèmes à leur origine et ils forment l'un pour l'autre de véritables canaux de dérivation qui assurent la circulation en retour de la tête et du cou.

ASSAKY.

Histophysiologische Untersuchungen über die Verbreitung der Nerven in den Muskeln (Recherches histophysiologiques sur la distribution des nerfs dans les muscles), par K. MAYS (*Zeitsch. f. Biol., XX, p.* 449).

Les anatomistes ont donné peu d'attention jusqu'ici à la manière dont les nerfs se distribuent dans les muscles. *Reichert* (1851) et *Kölliker* (1863) ont étudié à cet égard le muscle thoraco-cutané de la grenouille et signalé pour ce muscle et pour l'omoplatohyoïdien de l'homme, l'absence de filets nerveux aux extrémités musculaires. *Krause* a étudié au même point de vue le muscle rétracteur du bulbe chez le chat; *Rouget* (1862) le même muscle chez le lapin; *Kühne* s'est occupé du muscle sartorius de la grenouille. *Sachs* (1874) s'est attaché à la détermination des nerfs sensibles des muscles. Le fait de l'absence d'éléments nerveux dans un fragment de muscle est d'une certaine importance physiologique pour la destruction de l'irritabilité musculaire et de l'irritabilité nerveuse. *K. Mays* a repris cette recherche en employant une technique perfectionnée permettant de suivre facilement les terminaisons nerveuses motrices et les filets sans myéline des nerfs sensibles sympathiques. On laisse macérer quelque temps le muscle dans une solution d'acide arsénieux à cinq pour mille; puis on le transporte dans une liqueur composée de 4 volumes de solution de chlorure double d'or et de potassium à 1 0/0; 1 volume d'acide osmique à 2 0/0; 20 volumes d'acide arsénieux à 5 0/000. On laisse séjourner le muscle pendant 20 minutes dans ce mélange; puis, on le lave à l'eau distillée et on le laisse exposé au soleil dans une solution d'acide arsénieux à 1 0/0 chauffé à 45° au bain-marie. Après trois heures de ce traitement, on peut l'examiner dans un mélange de 40 volumes de glycérine, 20 volumes d'eau et 1 volume d'acide chlorhydrique à 25 0/0. L'auteur a appliqué cette méthode à l'investigation d'un certain nombre de muscles de la grenouille, à savoir le muscle *cutaneus pectoris*, le muscle *sartorius*, les muscles *cutaneus dorsi*, *cutaneus femoris*, *adductor longus* qui, à cause de leur faible épaisseur, se prêtent à un facile examen, puis les muscles *gastro-cnemius*, *gracilis*, *semi-membranosus*, *semi-tendinosus* qui sont plus volumineux. — Les muscles cutanés de la couleuvre, le *coracoradialis* superficialis de la tortue, le muscle *retractor bulbi* du chat et du lapin ont ensuite été soumis aux mêmes procédés d'investigation. — Les terminaisons nerveuses présentent une extrême irrégularité, et dans chaque cas elles sont rendues par un dessin spécial qui doit être examiné dans les planches annexées au mémoire.

DASTRE.

Recherches sur le développement des protovertèbres chez l'embryon de poulet, par H. FOL (*Archives des sciences physiques et naturelles*, *T. XI*, *Genève* 1884).

Fol a cherché à déterminer par des expériences quel est le numéro d'ordre qu'il convient d'assigner aux premières protovertèbres qui se montrent sur les côtés du sillon médullaire chez l'embryon de poulet. La grande difficulté de ces expériences est d'arriver à distinguer les deux ou trois premières protovertèbres tant que l'embryon reste couché sur le jaune. Fol a opéré sur des œufs de poule couvés pendant dix-huit à vingt heures. Après avoir excisé un morceau de la coquille, il a éclairé l'embryon par-dessous, en projetant un faisceau de rayons solaires dans la profondeur du jaune. Il put ainsi apercevoir la place des premières protovertèbres et infliger à l'aide d'un thermocautère effilé deux brûlures latérales à l'aire embryonnaire pour marquer la hauteur à laquelle il croyait voir les premiers somites. L'œuf ayant été refermé avec soin et remis en incubation pendant encore quarante-huit heures, il en résulta un embryon à peu près normal, quoique retardé dans son développement. Les marques de brûlures se trouvaient tout à fait en avant, tantôt dans le voisinage des otocystes, tantôt plus près des yeux. Fol conclut de ses expériences que les somites les premiers formés paraissent être les plus antérieurs de toute la série et qu'ils répondent peut-être même à la région céphalique. La longue série des proto-vertèbres se forme successivement d'avant en arrière; l'embryon de vertébré commence par n'être pour ainsi dire qu'une tête derrière laquelle apparaît de proche en proche le reste du corps. ASSAKY.

Le col du fémur, par A. CHARPY (*Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon, décembre* 1884).

Au point de vue de son architecture intérieure, le col du fémur a les matériaux de son tissu spongieux disposés en voûtes superposées dont les pieds reposent sur le tissu compact du corps et dont les sommets en ogive regardent le centre de la tête. La tête elle-même est formée de travées rayonnantes, en sorte que les pressions du poids du tronc, qui lui arrivent de toute la périphérie de la cavité cotyloïde sont recueillies par elle, suivent ces fibres radiées et descendent le long des voûtes pour aller se résoudre dans ce faisceau de fibres verticales condensées qui forme le tissu compact du corps du fémur. Les pressions sont donc disséminées à la périphérie de la tête et suivent plus tard l'axe du col ; le col ne tend donc pas à se fléchir dans la station verticale.

L'angle du col est en moyenne de 127° avec des écarts de 115° à 140°. Il est probable qu'il existe deux types différents : le type du grand angle avec une moyenne de 131° (écarts de 135 et plus, à 126); et le type du petit angle (moyenne 122°, écarts de 125 à 115°).

L'enfant paraît avoir un angle plus grand de 2° que celui de l'adulte. Le vieillard a le même angle que l'adulte. Le col de la femme ne diffère de celui de l'homme que dans le sens des différences ostéologiques générales; son angle est le même. ASSAKY.

I. — Contribution à l'anatomie et à la physiologie de la cavité glénoïde de l'omoplate, par ASSAKY (*Comptes rendus de la Soc. de biologie, 26 juin* 1885).

II. — Ueber das Schulter und Ellbogengelenk bei Vögeln und Reptilen (Des articulations de l'épaule et du coude chez les oiseaux et les reptiles), par FÜRBRINGER (*Morpholog. Jahrb., Band XI, Heft* 1, 1885).

I. — *a*) La moitié inférieure de la cavité glénoïde de l'omoplate diffère par sa constitution du reste de la surface articulaire.

A l'état sec, la cavité glénoïde n'est réellement excavée que dans sa moitié inférieure. Cette portion inférieure où axillaire de la surface glénoïdienne est recouverte d'une forte lame cartilagineuse qui représente la partie la plus épaisse du cartilage diarthroïdal; en bas ce revêtement devient bientôt fibro-cartilagineux, grâce à l'empiètement du bourrelet glénoïdien. La moitié inférieure du bourrelet péri-articulaire est composée de fibres qui proviennent surtout du pourtour osseux de la cavité articulaire; elle n'entoure pas, elle n'encadre pas la portion axillaire, mais elle est située dans la cavité articulaire elle-même, tout autour du cartilage diarthroïdal avec lequel il se confond par son bord interne. La portion axillaire du bourrelet protège efficacement le contour osseux, à la façon des ménisques inter-articulaires. La portion axillaire de la glène repose sur le bord axillaire de l'omoplate, pilier osseux d'une solidité extrême; sa portion centrale est soutenue par des travées osseuses remarquables par leurs dimensions, travées qui partent des lames compactes voisines et viennent s'attacher à la surface articulaire à peu près perpendiculairement à sa direction.

La portion axillaire de la surface glénoïdienne paraît surtout destinée à recevoir la tête humérale, à la soutenir, à résister dans les chocs que celle-ci peut lui transmettre. L'importance fonctionnelle de la moitié supérieure ou portion coracoïdienne est beaucoup moindre. Cette différenciation est le résultat d'une adaptation fonctionnelle résultant de l'attitude bipède de l'homme.

b) Sur le grand axe de la cavité glénoïde, un peu au-dessous de sa partie moyenne, se trouve une petite saillie à contours arrondis, large de 4 à 5 millimètres, peu prononcée dans la plupart des cas, mais presque toujours apparente et pouvant revêtir l'aspect d'un tubercule aplati qui dépasse de 1 millimètre environ le niveau de la surface articulaire. Cette saillie correspond au point de pression maximum qu'exerce la tête humérale sur sa cavité de réception pendant le repos du membre supérieur, alors que le bras, pendant le long du corps, est fixé à l'omoplate par l'action combinée de la pression atmosphérique et de la tonicité musculaire. Lorsque la glène est recouverte de son cartilage diarthroïdal, on remarque sur le grand axe une petite région amincie et translucide large de 4 à 5 millimètres apparaissant sous forme d'une petite tache foncée à contours mal définis et qui correspond à la saillie médiane de l'os.

c) La portion supérieure de l'appareil ligamenteux qui entoure la cavité glénoïde est presque exclusivement formée de fibres qui proviennent du tendon du biceps; cette portion est principalement maintenue en place par l'insertion de ce tendon à un tubercule situé près du sommet de la

cavité articulaire et en outre par l'insertion de quelques-unes de ces fibres tendineuses à la base de l'apophyse coracoïde (2e point fixe). On voit parfois des fibres tendineuses partir de l'insertion coracoïdienne du petit pectoral et venir renforcer le bourrelet glénoïdien.

d) Sur le bord antérieur de la surface articulaire se trouve une incisure, une encoche. Le bourrelet passe parfois comme un pont par-dessus cette dépression et transforme cette échancrure en orifice ostéofibreux. La synoviale pénètre dans cet orifice et se prolonge sous forme de diverticule à une distance variable, quand ce cul-de-sac est très marqué et va s'aboucher dans la bourse du sous-scapulaire. Cet orifice est l'analogue de celui qu'on observe sur le cotyle coxal et par lequel pénètrent les vaisseaux destinés à la tête fémorale. F. H.

II. — *a*) Chez certains oiseaux le revêtement cartilagineux de la surface glénoïdienne est constitué par un tissu qui tient le milieu entre le tissu conjonctif et le tissu fibro-cartilagineux et rappelle la structure des ménisques et des anneaux fibro-cartilagineux.

Le cartilage hyalin de la période embryonnaire est remplacé chez ces oiseaux par des faisceaux connectifs et élastiques anastomosés qui logent dans leurs intervalles des amas de cellules cartilagineuses. La direction générale des faisceaux est parallèle à celle du grand axe de la cavité.

La tête humérale elle-même présente un revêtement fibro-cartilagineux dans lequel l'élément cartilagineux est surtout groupé à la surface, comme dans l'articulation temporo-maxillaire de l'homme.

Le tendon du muscle surcoracoïdien (deuxième pectoral ou sous-clavier des auteurs), celui du petit deltoïdien présentent les mêmes relations avec l'articulation de l'épaule que celles qui affectent la longue portion des biceps.

Chez les reptiles ces mêmes dispositions se retrouvent à l'état d'ébauche. L'élément cartilagineux l'emporte également sur l'élément conjonctif que l'on trouve disséminé dans la substance fondamentale.

b) Les mouvements qui se passent dans l'articulation du coude de certains oiseaux sont les résultats de mouvements complexes de supination et de pronation du radius et du cubitus, de mouvements de glissement du radius sur le cubitus se compliquant de mouvement de rapprochement ou d'écartement des deux os de l'avant-bras. A.

De l'inversion viscérale chez l'embryon de poulet, par H. FOL et WARYNSKI (*Archives des sciences physiques et naturelles*, *T. XI*, *Genève*, 1884).

Dans une série antérieure de recherches, Fol et Warynski avaient obtenu artificiellement l'inversion viscérale chez l'embryon de poulet en surchauffant momentanément son flanc gauche. On pouvait objecter à ce mode d'opérer que l'effet de l'échauffement est incertain et sujet à discussion. Une observation qu'ils firent les mirent sur la voie d'un autre procédé opératoire. Si l'on vient à poser le tranchant d'un scalpel sur une partie de l'embryon couché sur le jaune en appuyant modérément à travers la membrane vitelline sans entamer cette dernière, on arrête complètement le développement des parties situées en dehors de la ligne de pression.

Ils arrêtèrent donc par ce moyen le développement du côté gauche de

l'embryon en le séparant de la partie afférente de l'aire vasculaire. Le résultat fut invariablement un arrêt complet de développement de toute la partie de l'aire vasculaire située en dehors de la ligne de pression et, comme conséquence, un ralentissement du développement de tout le côté gauche de l'embryon, accompagné chaque fois d'une inversion viscérale complète.

C'est donc bien à un arrêt de développement du côté gauche qu'il faut attribuer l'inversion viscérale, d'où l'on peut conclure que ce côté doit prédominer pour amener la torsion normale. ASSAKY.

Nouvelle méthode pour colorer en totalité les centres nerveux, par Ch. BEEVOR (*Brain, p.* 239, *juillet* 1885).

Le cerveau ou la moelle sont durcis dans l'alcool méthylique, puis laissés pendant une ou deux semaines, voire même un mois, dans la solution de bichromate de potasse : après quoi remis dans l'alcool méthylique un ou deux jours avant de traiter la pièce par la matière colorante. La solution colorante que l'auteur préfère est l'hématoxyline de Weigert : en voici la formule :

Hématoxyline..................	2	grammes
Alcool absolu..................	14	id.
Eau........................	130	id.

H. R.

PHYSIOLOGIE.

Les Travaux du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris, publiés par J.-V. LABORDE (*Paris*, 1885).

Cette publication qui sera continuée ultérieurement et dont on donne aujourd'hui le premier volume, contient des mémoires inédits, des travaux dont les conclusions avaient été déjà publiées et des thèses inaugurales. Parmi les mémoires inédits se trouvent les suivants :

1° *Recherches sur quelques points de physiologie chez l'embryon, et en particulier sur le fonctionnement du cœur, au moment de sa formation*, par Mathias Duval et Laborde.

Les auteurs se sont préoccupés de savoir à quel moment précis commence la pulsation du tube cardiaque. Ils ont constaté chez le poulet ce mouvement entre la 30e et la 36e heure, à un moment où les éléments anatomiques nerveux et musculaires ne sont pas encore différenciés. C'est par l'extrémité veineuse que commence la pulsation du tube cardiaque, et elle finit à l'extrémité artérielle (bulbe cardiaque). Au 4e jour il y a deux auricules très visibles et un ventricule ; la pulsation, alors, comme chez le batracien, commence par les auricules, s'étend au ventricule et au bulbe aortique. Cette observation est à rapprocher de celle qui est relative aux animaux adultes : on y constate la même suc-

cession en ralentissant les battements cardiaques au moyen du bromure de potassium. Dans la seconde partie de leur travail, les auteurs examinent de quelle façon se présente et se meut le liquide, comment fonctionnent les orifices de communication, les replis valvulaires.

2° *Structure et fonction des glandes de l'estomac envisagées comme organes de sécrétion depuis la naissance, dans leurs rapports avec l'hygiène alimentaire du nouveau-né*, par A. Coudereau, p. 19.

Les glandes digestives ne sont définitivement formées qu'à une époque assez rapprochée de la naissance ; chez le nouveau-né, elles sont très imparfaites : elles le sont d'autant plus que l'animal est sevrable plus tard ; leur perfectionnement varie donc avec les espèces et il est complet à l'époque du sevrage. L'époque du sevrage est à peu près fixe dans chaque espèce animale et dépend de la marche plus ou moins rapide que suit le développement des glandes digestives. Les cellules granuleuses des glandes à pepsine et celles du pancréas n'existent pas encore au moment de la naissance. Les cellules à pepsine subissent une modification physiologique évidente, consistant en des bosselures qui soulèvent le contour des tubes ; ce phénomène se produit vers le premier tiers de la période de sevrage et correspond à des aptitudes digestives nouvelles, mais encore peu connues.

3° *Le trijumeau et sa racine bulbaire sensitive*, par Mathias Duval et J.-V. Laborde, p. 137.

La racine bulbaire du trijumeau a été signalée, dès 1724, par *Santorini*. M. Duval en a fait l'étude d'une manière facile chez le rat et le lapin. Il a constaté, sur des coupes convenablement choisies, que la cinquième paire va prendre ses origines assez loin dans la moelle cervicale ; au niveau du tubercule cendré de Rolando, ces fibres radiculaires sont déjà groupées en gros faisceaux vers la tête de la corne postérieure au milieu d'une substance grise d'aspect gélatineux. Des coupes successives permettent de suivre le trajet de ces fibres radiculaires à travers le bulbe et la protubérance ; leur ensemble forme une sorte de fer à cheval plus ou moins nettement déterminé. Aux deux extrémités de ce croissant viennent se joindre les racines moyenne et externe ; et en même temps, ce croissant qui était d'abord situé postérieurement exécute un mouvement de rotation en avant et se réduit de plus en plus. C'est le lieu d'émergence, c'est-à-dire l'origine apparente du trijumeau : les fibres que l'on a vu naître successivement n'ont plus qu'à percer transversalement une couche mince de fibres transversales du pont de Varole pour apparaître au dehors.

La partie physiologique de ce travail comprend deux ordres d'expériences. La première consiste à sectionner le trijumeau dans le crâne par un procédé différent de celui de Magendie et de Cl. Bernard de manière à n'intéresser que la portion ophtalmique. Les résultats de la section ont été publiés déjà par Poncet (*Archives d'ophtalmologie*, t. Ier, p. 409) ; l'un d'eux consiste à établir que parmi les lésions observées, l'altération de la cornée, au lieu d'être primitive, est consécutive. La seconde catégorie d'expériences consiste à atteindre dans le bulbe même la racine sensitive du trijumeau en pénétrant par le trou et la membrane occipito-atloïdiens. Il résulte de cette opération des phénomènes immédiats, cri douloureux, hémianesthésie de la face, de la muqueuse nasale,

de la conjonctive oculo-palpébrale, du myosis, de l'exorbitisme et des troubles concomitants dus à la lésion accessoire du noyau du facial ou des fibres de la sixième paire. A ces altérations fonctionnelles s'ajoutent des troubles vaso-moteurs, à savoir : une vaso-dilatation de la conjonctive oculo-palpébrale et de l'oreille comme il arrive à la suite de la section du sympathique cervical.

4° *Des brides scléreuses intra-auriculaires. Étude anatomique, physiologique et pathologique*, par Gellé, p. 193.

Ces brides scléreuses ont leur point de départ dans les plis de la muqueuse tympanique épaissis par des inflammations répétées; ceux-ci, en se solidifiant et se rétractant, déterminent un arrêt dans le jeu des organes. Le plus important de ces replis normaux est celui qui sous-tend la corde du tympan. D'autres fois la bride scléreuse est constituée par un exsudat plastique de l'otite croupale. L'auteur distingue encore des brides scléreuses interosselètiques, par exemple, des brides unissant la branche descendante de l'enclume au manche du marteau, des brides unissant le tympan et le manche du marteau au promontoire. La question du diagnostic se pose ensuite et l'auteur passe en revue les différents moyens de traitement et en particulier les opérations palliatives, ténotomie du tenseur, ténotomie du stapédius, etc.

Les autres mémoires contenus dans cet ouvrage ont déjà vu le jour en partie ou en résumé, et sont complétés par l'adjonction de dessins et de planches. En voici les titres :

1° *Détermination expérimentale et morphologique du rôle fonctionnel des canaux semi-circulaires*, par J.-V. Laborde.

2° *Contribution à la détermination et à l'étude expérimentale des localisations fonctionnelles encéphaliques*, par A. Lemoine.

3° *Les effets de la lésion expérimentale des pédoncules cérébraux. Hémianesthésie croisée coïncidant avec les troubles moteurs de rotation en manège*, par J.-V. Laborde.

4° *Les succédanés en thérapeutique. Étude comparative de l'action physiologique des quatre principaux alcaloïdes du quinquina : quinine, cinchonine, cinchonidine, quinidine*, par Jules Simon. DASTRE.

Histoire et critique des progrès réalisés par la physiologie expérimentale et la méthode anatomo-clinique dans l'étude des fonctions du cerveau, par F. LEVILLAIN (*Paris*, 1884).

L'auteur s'est proposé de grouper et de systématiser les connaissances acquises sur les localisations cérébrales par la physiologie et l'anatomo-clinique. Après un avant-propos consacré à l'histoire de cette question, l'auteur aborde avec Magendie (1822) la période vraiment scientifique. Il distingue les recherches exécutées sur ce point d'après la nature du procédé expérimental, ce qui conduit à distinguer trois divisions; les travaux qui se rapportent à la méthode des excitations électriques, à savoir : ceux de Fritsch et Hitzig (1870-73), de Schift (1871), de Ferrier, Dupuy, Carville et Duret (1873). La seconde division se rapporte aux travaux exécutés au moyen des injections interstitielles par Beaunis, Fournié, Nothnagel et Veyssières (1874). Enfin, les résultats obtenus par Carville et Duret (1875), Ferrier (1878), Franck et Pitres (1883), par la

méthode des extirpations limitées, conduit à établir un troisième chapitre. La conclusion de ces travaux se résume pour l'auteur dans la légitimité de la doctrine des localisations. Dans un dernier chapitre, il examine la doctrine de Brown-Séquard considéré comme le protagoniste des anti-localisateurs. Nous ferons à cet exposé deux reproches : le premier est d'être resté à la surface de la question, l'auteur n'ayant pas suffisamment distingué les deux problèmes qui y sont enfermés, c'est-à-dire d'une part, la question de savoir si la substance corticale est réellement excitable, et d'autre part, s'il y a ou non groupement des fibres blanches sous-jacentes. C'est la confusion de ces deux questions qui entretient en effet l'obscurité qui règne sur ce point. Le second reproche que nous adressons à cet exposé est d'être incomplet particulièrement en ce qui concerne les adversaires de la doctrine des localisations, c'est-à-dire de la majorité des physiologistes qui ici sont réduits à un seul, Brown-Séquard. — Il n'est question ni de Goltz, ni des travaux de Marcacci, ni des réserves déjà anciennes de Vulpian.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur a rassemblé les données de l'anatomie pathologique et de la clinique. Nous y trouvons un abrégé rapide des résultats obtenus successivement par Gall, Bouillaud (1808-1825), Dax, Broca (1836-1861), Lélut, Jackson (1863-1865), Charcot, Veyssières (1874), Lépine (1875), Landouzy (1876), Pitres (1877) et des publications de de Boyer (1877), Duret (1880), Ballet (1881), Féré (1882).

Le travail se termine par une étude comparative des méthodes d'expérimentation et d'observation. DASTRE.

Ueber die Leitung der Erregung von den Grosshirnhemisphären zu den Extremitäten (Sur le trajet suivi par l'excitation depuis les hémisphères cérébraux jusqu'aux extrémités), par LEWASCHEW (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVI, p.* 278).

Nous savons depuis les mémorables recherches de Fritsch et Hitzig que l'excitation électrique de certaines régions de l'écorce cérébrale provoque des mouvements musculaires des extrémités. Franck et Pitres, puis Exner, Couty, Jänicke ont constaté que les mouvements produits de cette façon n'étaient pas limités à l'extrémité contra-latérale, mais s'observaient également sur les muscles du même côté que l'excitation.

Lewaschew a principalement porté son attention sur les mouvements musculaires qui se produisent du même côté que celui de l'excitation. Il applique l'excitant électrique sur l'hémisphère gauche à l'endroit d'élection correspondant aux muscles de la patte postérieure. A côté des mouvements coordonnés de la patte droite, il se produit une contraction tonique de tous les muscles de la patte gauche, un véritable tétanos d'extension. Ce tétanos persiste souvent pendant un certain temps après cessation de l'excitation. On se trouve alors dans les meilleures conditions pour observer l'action inhibitoire de l'excitation cérébrale signalée par Bubnoff et Heidenhain. Si, pendant le tétanos persistant de l'extrémité postérieure gauche, on excite la région de l'hémisphère droit qui lui correspond, le tétanos cesse brusquement, à condition que l'on ait choisi convenablement la force et la durée de l'excitant (courants assez faibles).

La transmission de l'excitation depuis l'hémisphère gauche jusqu'aux muscles de la patte gauche, ne se fait pas par la moitié gauche de la moelle épinière, mais bien par la moitié opposée ; elle traverse donc deux fois la ligne médiane, une première fois au-dessus de la moelle épinière au niveau de la moelle allongée et une seconde fois à un niveau indéterminé de la moelle épinière. En effet, la section préalable de la moitié gauche de la moelle épinière (à la partie inférieure de la région dorsale) ne change rien aux effets ordinaires de l'excitation de l'écorce cérébrale gauche : mouvements coordonnés de la patte droite, tétanos d'extension de la patte gauche.

Si, après avoir coupé la moitié gauche de la moelle à la partie inférieure de la région dorsale, on excite l'endroit d'élection de l'écorce cérébrale droite, l'extrémité contra-latérale (gauche) reste au repos tandis que l'extrémité homo-latérale (droite) présente le tétanos d'extension. Dans ce cas l'excitation, partie de l'hémisphère droit, a traversé une première fois la ligne médiane au niveau de la moelle allongée ; puis est descendue par le côté gauche de la moelle et doit avoir repassé la ligne médiane pour gagner le côté droit au-dessus du niveau de l'hémisection et atteindre finalement la patte droite.

Les résultats de ces différentes expériences sont exactement les mêmes si l'on pratique l'hémisection de la moelle au niveau de la deuxième vertèbre cervicale, au lieu de la douzième vertèbre dorsale. Il faut donc en conclure que l'excitation qui descend de l'écorce cérébrale et qui va gagner les muscles de l'extrémité homo-latérale, peut traverser la seconde fois la ligne médiane à un niveau quelconque, compris entre la deuxième vertèbre cervicale et la douzième vertèbre cervicale.

LÉON FREDERICQ.

Ueber Leitungsbahnen und Centren im Rückenmarke des Frosches (Voies de conduction et centres dans la moelle de la grenouille), par GAD (*Sitzungsber. d. phys. med. Gesell. zu Würzburg*, p. 52, 1884).

Gad démontre l'existence chez la grenouille d'arcs réflexes de grande longueur au moyen de l'expérience suivante : on met à nu une portion de la moelle entre la première et la troisième paire rachidienne et l'on humecte avec une solution de strychnine cette portion limitée. Les excitations légères, frottement d'une partie quelconque de la peau, ou chocs sur l'arrière-train, déterminaient des contractions réflexes de membres postérieurs en flexion. Plus tard, après que l'action a été prolongée, on observe des crampes en extension. Si dans l'un ou dans l'autre de ces stades successifs l'on vient à sectionner la moelle au-dessous du point strychnisé, par exemple au niveau de la quatrième paire, toutes ces crampes réflexes disparaissent et l'on ne voit plus subsister que les réflexes ordinaires aux animaux non strychnisés. Il y aurait d'après cela un centre réflexe pour la flexion des membres inférieurs entre la première et la troisième paire rachidienne.

L'auteur démontre l'existence des arcs réflexes courts par l'épreuve suivante : on ouvre le canal médullaire vers les cinquième et sixième vertèbres, on extirpe la portion de moelle comprise entre la sixième et le point de pénétration de la huitième racine postérieure. Aussitôt après

l'opération, ces animaux ne présentent plus de réflexes dans les membres postérieurs. On excitera les portions de peau qui sont innervées par les neuvième et dixième racines sensitives ; le mieux est de porter l'excitation sur la région anale, des talons ou des doigts. On obtient alors des réflexes tout à fait typiques, une rotation en dehors avec projection en arrière des membres postérieurs, une flexion dorsale du pied, une contraction du muscle iléo-coccygien. Cette expérience contredit l'assertion d'Eckhard, qu'il n'y aurait pas entre les huitième et dixième paires rachidiennes, chez la grenouille, les conditions nécessaires à la production des réflexes. DASTRE.

Ueber Reflexe, par ROSENTHAL (*Berliner klin. Wochens.*, n° 20, *p.* 318, 19 *mai* 1884).

Entre une excitation et la contraction musculaire qui en est le résultat, il s'écoule, d'après Helmholtz, un laps de temps de 12 à 15 fois plus considérable que celui qui est nécessaire à la transmission par un nerf périphérique de longueur égale. Sans prétendre à une valeur absolue, car il est vraisemblable que la vitesse de transmission diminue toujours plus, les chiffres donnés par Helmholtz représentent la vérité des choses, à savoir que la moelle retarde énormément la manifestation des excitations.

Rosenthal a constaté, en outre, qu'à l'inverse de ce qui se passe pour les nerfs moteurs où la contracture musculaire est d'autant plus forte que l'excitation est plus intense, une excitation plus ou moins énergique des nerfs sensitifs n'a aucune influence sur le degré de contraction musculaire ; elle n'agit que sur le temps de réaction. Comme la vitesse de transmission est la même dans les deux catégories de nerfs, la cause du retard de l'effet de l'excitation doit être cherchée dans la moelle épinière. Les expériences peuvent être faites aussi bien chez les mammifères que chez les amphibies. Toutefois le résultat est différent suivant, par exemple, que les grenouilles sont décapitées ou empoisonnées avec la strychnine. Chez les premières, l'excitation des pattes détermine un réflexe de flexion ; chez les secondes, une contraction de tous les muscles et, comme les extenseurs sont prédominants, un réflexe d'extension.

D'autre part, Rosenthal a vu que la section longitudinale de la moelle n'a aucun effet sur le temps de conductibilité transversale, ce qui prouve que la transmission peut s'effectuer par des voies détournées.

En revanche, les choses se passent autrement quand on pratique une coupe longitudinale à la partie supérieure de la moelle. Il faut alors augmenter notablement l'énergie de l'excitation pour obtenir une action réflexe.

Dans la discussion, Remak émet l'opinion que l'affaiblissement de la sensibilité et le retard dans la perception des impressions douloureuses observés chez les ataxiques sont une confirmation clinique des résultats de Rosenthal.

Goltz pense que la blessure de la moelle suffit par elle-même pour diminuer l'excitabilité réflexe, de sorte qu'on pourrait rapporter à cette cause les phénomènes signalés par Rosenthal. Mais ce dernier réplique qu'il a attendu assez longtemps après avoir pratiqué la section médul-

laire pour pouvoir faire abstraction des phénomènes d'arrêt (*R. S. M.*, II, 564, et IX 477). J. B.

Kleinere physiologische Mittheilungen, par HERMANN (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, nº 3, p. 64, 1er février 1884).

1º *Rôle des oreillettes.* L'opinion qui considère les oreillettes comme une pompe placée en avant de la pompe ventriculaire est contredite par l'absence de valves d'entrée et de mouvements péristaltiques. Hermann reprend pour son compte l'idée de Skoda, qui assigne aux oreillettes le rôle de réservoir du sang veineux pendant la systole ventriculaire.

Par l'examen direct de cœurs de chevaux mis à nu, Hermann s'est assuré, avec l'aide du professeur Zschokke et du docteur Lehmann, qu'au moment de la systole des oreillettes, c'est seulement la portion trabéculaire qui se vide complètement, tandis que le reste de l'oreillette se contracte très peu. Le fait a été vérifié aussi en introduisant la main dans l'oreillette elle-même.

Le sang qui s'est accumulé dans les oreillettes pendant la systole ventriculaire, est versé dans le ventricule au moment de sa diastole. Mais durant la diastole ventriculaire, les veines continuent aussi à verser du sang dans le ventricule, car l'oreillette, bien que contractée, forme encore un canal toujours béant.

2º *Modification de l'expérience d'Edouard Hering* (1825) *sur la vitesse de la circulation sanguine.* Au lieu du ferrocyanure de potassium, qui tue facilement les animaux en expérience, Hermann a eu recours au ferrocyanure de sodium. La canule introduite était dirigée contre un cylindre de kymographe sur lequel du papier à filtrer était collé. La réaction avec le perchlorure de fer et l'acide chlorhydrique était recherchée en plusieurs fois sur le papier desséché.

3º *Expériences sur une fistule intestinale de Thiry pour obtenir le suc intestinal pur chez la chèvre.* Les expériences ont été faites par Lehmann et Reichert qui, suivant le procédé de Vella, suturèrent dans la plaie les deux bouts de l'anse intestinale détachée. L'opération, pratiquée sur deux chèvres, avec les précautions antiseptiques, a réussi, sans aucune fièvre. Mais l'un des animaux n'a pas tardé à succomber à un rétrécissement de l'intestin. Quant à l'autre, on ne l'a sacrifié qu'au bout de trois mois. L'anse intestinale, détachée et suturée, avait 40 centimètres de long Pendant les cinq premiers jours, la fistule donna issue à des matières fécales et les irritations seules déterminèrent une sécrétion qui ne dépassa pas un gramme et demi par heure. Lorsque le prolapsus de la muqueuse se fut produit, la sécrétion de la fistule devint continue, mais sans posséder aucune propriété digestive. Les corps étrangers introduits ressortaient toujours par le bout qui leur avait servi d'entrée, bien que la fistule se montrât perméable à l'eau qu'on y injectait.

En résumé, une anse intestinale dans laquelle n'arrivent ni aliments, ni bile, etc., doit être complètement inactive et immobile. J. B.

Beiträge zur Lehre der Blutgerinnung (Contribution à la connaissance de la coagulation du sang), par M. **LÖWIT** (*Sitzungsb. d. kais. Akad. d. Wissens., Wien. XC., p. 80*).

Sur la signification des plaques hématiques. — *Bizzozero* a considéré ces corpuscules comme formés d'une substance claire emprisonnant des noyaux rares. Il y a admis l'existence de deux matières albuminoïdes, l'une pâle, homogène, faiblement colorée; en la traitant par les sels en solution étendue, l'eau et l'acide acétique, on y reconnaît la présence de sphérules et de corpuscules enchâssés dans ce stroma. — Ceux-ci formeraient les nœuds du réseau fibrineux dans l'opération de la coagulation. — *Hayem* et *Laker* se sont arrêtés à une autre interprétation. Ils sont d'accord pour faire des plaquettes hématiques une substance tout à fait homogène disposée en disques déprimés ou en sphérules dans laquelle les nucléoles n'apparaissent que comme l'effet d'une modification ultérieure, coïncidant avec une rétraction qui leur donne un aspect étoilé. — *Hlava* (1883) admet un certain rapport entre les plaques hématiques et les noyaux des leucocytes au moment où ils se détruisent et sont englobés dans le caillot. *Ranvier* (1877) a regardé ces petits noyaux comme des corpuscules fibrineux préexistant dans le sang qui circule. *A. Schmidt*, en 1875, avait considéré les formations nucléolaires du sang, qui, pour lui, étaient les équivalents de nos plaques hématiques comme constitués par de la paraglobuline provenant des leucocytes. Les élèves de Schmidt depuis *Heyl* jusqu'à *Feiertag* ont confirmé les vues de leur maître. Ils ont trouvé dans le sang du cheval deux espèces de corpuscules : les uns plus petits faiblement réfringents, d'autres plus gros, plus fortement réfringents : les premiers seraient des précipités ou des produits de destruction, intra ou extra-vasculaire des leucocytes ou même du protoplasma dissous dans le sang (*Slevogt*); les autres seraient des rejetons des sphérules nucléés de *Schmidt-Semmer*, c'est-à-dire d'une espèce de cellule qui a les plus grands rapports avec les leucocytes. Löwit se rattache à cette vue légèrement modifiée.

Il étudie d'abord les plaques hématiques dans le sang traité par des solutions salines. Il examine ensuite leur structure et leurs réactions chimiques; il les étudie en troisième lieu dans le sang peptonisé. Il s'attache, dans un quatrième paragraphe, à fixer la forme et les aspects des précipités de globuline. Le cinquième paragraphe est consacré à l'origine de ces plaquettes. De cette étude, ressortent les conclusions suivantes :

1° Les plaques hématiques ne préexistent pas dans le sang normal qui circule normalement. Elles apparaissent dans le sang en même temps que d'autres changements qui annoncent la mort du sang rapide ou lente. On peut démontrer que les globules blancs peuvent être l'origine des plaques hématiques ; mais on ne saurait décider si ces corps n'ont point quelque autre origine encore. — Leur constitution est la suivante, avant toute altération : une substance homogène disposée en gouttes ou en disques, possédant un pouvoir réfringent variable avec les circonstances, appartenant au groupe des globulines probablement à la sérumglobuline ou à la paraglobuline. Il est vraisemblable qu'après avoir produit les pla-

quettes hématiques, les globules blancs peuvent se détruire. Sous l'action du plasma sanguin débarrassé de tout ferment, la solubilité des plaquettes sanguines subit déjà une modification qui s'accentue lorsque la fermentation se produit. Il se forme ainsi une variété de globuline analogue aux produits intermédiaires de la fermentation du coagulum sanguin. Simultanément, les plaquettes hématiques subissent une modification morphologique qui aboutit à la formation de granulations. La matière granuleuse se distingue par ses réactions chimiques, ses réactions colorées, sa consistance et sa densité. — On peut, dans des conditions convenables, précipiter la paraglobuline de ses solutions salines dans un état et sous des formes analogues aux plaquettes hématiques. De même pour la substance fibrinogène. La solubilité de ces corps de paraglobuline peut être modifiée exactement comme celle des plaquettes; au point de vue morphologique ils subissent les uns et les autres des changements analogues. On peut substituer au mot de plaquettes hématiques le nom de plaquettes ou disques de globuline. DASTRE.

Die ersten Gerinnungerscheinungen des Säugethierblutes unter dem Mikroskope (Les premiers phénomènes de la coagulation du sang des mammifères, observés au microscope), par K. LAKER (*Sitzungsb. d. kais Akad. d. Wiss zu Wien, Band XC, p.* 147).

Bizzozero (1883) rattache la première apparition de la fibrine à l'intervention des plaquettes hématiques : il admet qu'au début un amas de ces plaquettes se dépose partout sur le coagulum. *Hayem* (1878) voit apparaître des fibrilles très ténues, entrecroisées et formant un réseau aux points d'entrecroisement duquel sont les hématoblastes ou plaquettes hématiques qui sont le point de départ de ces fibrilles. C'est leur altération qui précède la formation du réseau. *Ranvier* (1875) avait comparé la formation de la fibrine à un processus de cristallisation : et de même qu'un cristal de sulfate de soude s'accroît dans son eau-mère, ainsi les granulations anguleuses et les plaquettes modifiées qui, d'après Ranvier, représentent de petites masses fibrineuses, deviennent les centres de formation du réseau fibrineux. *Hermann*, de même, dans le *Handbuch der Physiologie* compare la coagulation à une cristallisation et il corrobore son opinion par le fait que les fibrilles de fibrine sont doublement réfringentes. Laker remarque que souvent après plusieurs heures l'on n'observe aucun réseau fibrineux dans la masse obtenue en mettant une goutte de sang en couche mince sous la lamelle recouvrante. L'emploi des réactifs qui colorent le plus activement les fibrilles fibrineuses ne décèle rien; au contraire ce réseau apparaît lorsque l'on emploie le procédé de Ranvier, qu'on enlève la lamelle et qu'on lave plusieurs fois avec le violet de méthylaniline.

Cette observation l'amène à douter que la formation du réseau fibrillaire soit le point de départ de la coagulation. Il s'est convaincu que l'apparition du réseau était d'autant plus certaine qu'il avait imprimé à la lame des mouvements de glissement plus nombreux ou plus exagérés. Il constate que ces fibrilles ne sont pas aussi ténues qu'on l'a dit, qu'elles ne sont pas toujours disposées en réseau, qu'elles sont souvent parallèles et peu ou point anastomosées, et que lorsqu'elles le sont on trouve

aux entrecroisements tantôt des disques hématiques simples, tantôt des disques accumulés ou des leucocytes et quelquefois rien du tout. Comment donc naissent ces fibrilles et sont-elles vraiment formées par de la fibrine? Laker prétend que ce sont simplement des plissements d'une membrane très fine, homogène qu'il appelle *membrane fibrineuse primaire*. Il confirme cette vue en employant des moyens variés pour empêcher la formation de cette membrane ou lui donner des plissements d'une forme déterminée. Les éléments figurés du sang adhèrent à cette membrane et non pas directement à la surface du verre, comme on le dit. On en conclut, en admettant ainsi la nature fibrineuse de ces membranes et l'identité de leurs plis avec les fibrilles fibrineuses, que la coagulation débute dans le plasma sanguin et n'est pas liée aux éléments figurés. Laker se sépare ici de *Hlava* qui considère la fibrine comme une membrane granuleuse, d'abord, qui devient fibreuse après la nécrose des noyaux. Cette membrane est, en effet, homogène. La coagulation n'est pas davantage un processus de nécrose des leucocytes, au moyen duquel le ferment fibrineux est rendu libre.

L'auteur a voulu varier sa technique; après avoir employé la fixation par l'acide osmique, il a eu recours au sulfate de magnésie concentré, dont il indique exactement le mode d'emploi. Il essaye ensuite d'expliquer, dans l'hypothèse de plissements de membrane, la double réfraction des fibrilles fibrineuses et quelques-unes des objections qui pourraient lui être opposées.

DASTRE.

Beiträge zur Kenntnis der Lymphbildung (Contributions à la connaissance de la formation de la lymphe), par N. **ROGOWICZ** (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVI, p.* 252).

Tous les expérimentateurs sont d'accord avec Tomsa pour admettre que la quantité de lymphe qui transsude à travers la paroi des capillaires, augmente considérablement dans le cas de stase sanguine provoquée par ligature ou compression veineuse. Par contre les travaux de Paschutin, de Jankowsky et jusqu'à un certain point ceux d'Emminghaus ont contribué à établir que la formation de la lymphe était à peu près indépendante des variations de vitesse et de pression de la circulation capillaire sanguine. L'état d'innervation des vaisseaux (excitation ou paralysie des vaso-moteurs) serait sans influence bien marquée sur la quantité de lymphe que l'on recueille en fixant une canule dans les gros troncs lymphatiques de la région sur laquelle on opère.

Les expériences de Rogowicz viennent de le conduire à des conclusions entièrement différentes. Il a constaté chez le chien que la quantité de lymphe fournie par une canule fixée dans un des troncs de la patte postérieure, augmente considérablement lorsque les vaisseaux sanguins sont fortement dilatés à la suite de la section du sciatique. Cependant l'augmentation de lymphe ne se maintient pas pendant longtemps. L'excitation du sciatique et le rétrécissement vasculaire qui en est la conséquence, ont pour effet de diminuer notablement l'écoulement de la lymphe.

Rogowicz chercha à exciter les vasodilatateurs de la patte en s'adressant au grand sympathique au-dessus du diaphragme, mais il n'obtint pas

l'effet vasodilatateur. (D'après Dastre et Morat, le cordon thoracique contiendrait déjà les dilatateurs, mais pas encore les constricteurs pour les vaisseaux du membre postérieur.) Rogowicz obtient la dilatation réflexe des vaisseaux de la patte, par excitation du bout central du pneumogastrique : il y eût dans ce cas augmentation manifeste dans l'écoulement de la lymphe. Le même résultat fut obtenu par l'injection de nicotine (qui d'après Ostroumoff excite les vasodilatateurs). L'injection de curare produit le même effet.

Si l'on injecte dans la veine saphène du chien une solution saturée d'indigosulfate de sodium, la lymphe se colore en bleu. Dans ces conditions, l'excitation du bout périphérique du lingual a pour effet d'exagérer la transsudation de lymphe dans la moitié correspondante de la langue (expériences d'Ostroumoff) ; aussi l'on observe rapidement une coloration bleue intense du même côté de la langue, tandis que le côté sain se colore bien plus lentement. La matière bleue est ultérieurement éliminée par le rein et par le foie, les tissus du corps perdent peu à peu leur coloration bleue. Dans cette phase de l'expérience, l'excitation du lingual provoque bientôt la décoloration de la moitié correspondante de la langue, par accélération du cours de la lymphe.

Rogowicz a exécuté une expérience analogue sur la circulation lymphatique de l'oreille du lapin. Il coupe le grand sympathique cervical d'un côté sur un lapin blanc, puis injecte dans une veine saphène une solution à 1 0/0 d'indigosulfate de sodium.

Du côté où le grand symphatique est paralysé et où les vaisseaux de l'oreille et de la tête sont paralysés, on observe rapidement une coloration bleue intense dénotant une forte transsudation de lymphe, tandis que le côté sain commence à peine à se colorer en bleu. Pendant la période de décoloration qui suit, la lymphe continuant à se produire en plus grande quantité du côté paralysé, y provoque la disparition complète de la matière colorante en 20 à 24 heures, alors que le côté sain présente encore une teinte bleue plus ou moins manifeste. Rogowicz a démontré directement que la matière colorante bleue qui transsude hors des vaisseaux sanguins chemine réellement par les voies lymphatiques. Il a vu les troncs lymphatiques se remplir d'une lymphe bleuâtre et cela plus rapidement du côté des vaisseaux sanguins paralysés que du côté sain.

LÉON FREDERICQ.

Myothermische Fragen und Versuch (**Problèmes et recherches myothermiques**), par **A. FICK** (*Verhand. d. physik-medic. Gesell. zu Würzburg*, *Band XVIII*, *n°* 12, *Centralblatt f. d. Med. Wiss.*, *n°* 17, 1885).

Le fait fondamental de la physiologie des muscles est le suivant : Lorsque l'on excite un muscle par une excitation unique, le premier effet est une augmentation de tension ; le raccourcissement n'est qu'un effet secondaire qui peut se manifester dans certaines circonstances, qui d'autres fois peut être absolument entravé. Fick a donné jadis une méthode qui permet d'apprécier, à chaque moment, les changements de tension qui se produisent en l'absence de tout raccourcissement et de les représenter graphiquement. Il nomme ces graphiques, *courbes isométriques* de la secousse musculaire, et il donne le nom de *courbes isoto-*

niques à celles, si souvent étudiées, qui représentent le raccourcissement sous charge constante.

La première question qui se pose est de savoir si pendant cette action il se fait une provision d'énergie potentielle mécanique qui pourrait être transformée en travail mécanique. Il résulte du principe de la conservation de l'énergie que, dans la première phase d'une secousse isométrique, le travail développé par les forces chimiques n'est pas entièrement représenté par la production de chaleur : une partie de ce travail chimique est employée à produire l'énergie potentielle mécanique. Dans le second stade, l'énergie potentielle mécanique diminue et peut se transformer en chaleur. En tout cas, si l'on considère la courbe isométrique tout entière, on peut dire que la quantité de chaleur qui correspond à sa durée totale est équivalente au travail des forces chimiques dans le même temps. Les forces chimiques engendrent donc : d'abord de la chaleur, ensuite de l'énergie potentielle mécanique Celle-ci peut donc être transformée en travail mécanique réel sans l'intervention de nouveaux processus chimiques ; d'autre part, elle peut disparaître au bout d'un certain temps en se changeant en chaleur. Il se peut aussi qu'une tension mécanique soit produite aux dépens de l'énergie chimique. L'auteur éclaircit ces propositions au moyen de deux schémas qu'il imagine. Les faits actuellement connus ne suffisent pas à résoudre ces diverses questions. Heidenhain a bien mesuré la quantité de chaleur produite par l'excitation d'un muscle dont le raccourcissement est rendu impossible ; il l'a comparée à la quantité de chaleur mise en liberté dans le muscle libre et il a trouvé celle-ci notablement moindre. Cette constatation ne répond pas clairement à la véritable question. Il s'agit en effet de savoir si le raccourcissement du muscle tient à la transformation de l'énergie potentielle de tension ou à de nouvelles réactions chimiques, de nouvelles combustions. Fick a comparé les courbes isotoniques correspondant à des charges différentes avec les courbes isométriques et il est arrivé à cette importante conclusion que le muscle n'est pas le même corps élastique dans les deux cas, en supposant que le muscle soit au même état d'allongement. Pour une longueur déterminée du muscle, la tension est plus grande à l'état isométrique qu'à l'état isotonique. C'est surtout au début de la secousse que la différence est appréciable. Dans les phases suivantes, elle peut même changer de sens et la tension isotonique, correspondant à une certaine longueur du muscle libre de se contracter, peut être plus grande que la tension du muscle fixe, si dans le premier cas la charge était forte et par conséquent le travail développé considérable. Si l'on mesure la production de chaleur, ou, plus exactement, l'élévation thermique correspondant à une courbe totale isométrique et à une courbe isotonique jusqu'au moment où la longueur est la même que celle de l'isométrique, on trouve que la température est plus élevée dans ce dernier cas. D'où résulte cette conclusion : si l'on considère une secousse simple, isométrique au début, il n'y a point dans cette période d'emmagasinement d'énergie mécanique potentielle : le travail mécanique de la seconde période a son origine dans les processus chimiques contemporains de cette période, et qui d'ailleurs se produisent encore lorsque la secousse est tout entière isométrique. Le muscle est comparable à une machine électro-dynamique. Dans le ré-

gime isométrique, à mesure que les excitations deviennent plus fréquentes, la production de chaleur s'accroît continuellement, tandis que dans le régime isotonique cette production atteint un maximum.

DASTRE.

Études sur la physiologie de la phonation, par E. MARTEL (*Paris, broch.* 1885).

Voici les conclusions de ce travail :

1° La voix de poitrine est produite par les vibrations d'une anche membraneuse double constituée par la muqueuse des cordes vocales inférieures. Plus cette anche est longue, tendue et rétrécie, plus les sons sont élevés ;

3° La voix sombrée est due à la diminution de la pression dans la colonne d'air trachéale, diminution qui se produit à la suite de l'ouverture plus ou moins grande de la glotte interaryténoïdienne ;

4° Les différentes nuances que les chanteurs donnent à leur voix sont produites par des dispositions particulières du conduit sus-laryngien ;

5° La voix de fausset est produite par le larynx transformé en instrument à embouchure de flûte, la glotte constituant la lumière et les cordes vocales supérieures le biseau de l'instrument.

DASTRE.

Recherches sur l'absorption des rayons ultra-violets par diverses substances, par J.-L. SORET (*Archives des sciences physiques et naturelles de Genève, novembre* 1883 *et Revue de la Suisse romande, p.* 48, *janvier* 1884).

L'humeur aqueuse et l'humeur vitrée se comportent d'une manière à peu près identique au point de vue de l'absorption. Très transparentes pour les rayons moins réfrangibles que la raie *S* du spectre solaire, elles sont très absorbantes pour les radiations plus réfrangibles. Leur spectre est caractérisé par une bande d'absorption coïncidant avec les raies 16 à 18 du cadmium, suivie d'une bande de transparence relative sur la raie 22. La substance à laquelle ces propriétés d'absorption doivent être attribuées n'est pas encore déterminée : elle doit être cristalloïde.

La cornée intercepte les radiations plus réfrangibles que la raie *U* du spectre solaire.

Le cristallin est très absorbant pour les rayons ultra-violets extrêmes; on a trouvé pour limites de transparence la raie *L* avec le cristallin du bœuf, la raie *O* avec le cristallin du veau, la raie *Q* avec les cristallins du mouton et de l'homme.

L'absorption exercée par l'ensemble des milieux de l'œil humain ne paraît pas devoir permettre la transmission jusqu'à la rétine des radiations dont la réfrangibilité dépasse celle des rayons ultra-violets solaires. La limite de la sensibilité de la rétine pour les rayons ultra-violets perçus directement, est moindre que celle à laquelle on atteint en employant l'oculaire fluorescent.

Il est possible que la fluorescence ait joué un rôle dans les cas exceptionnels où l'on a signalé une perception de rayons plus réfrangibles que ceux du soleil.

Un grand nombre de corps entrant dans la composition de l'organisme animal ont été étudiés, sans qu'on ait retrouvé chez aucun d'eux les propriétés d'absorption des humeurs aqueuse et vitrée.

Le sang, outre la bande d'absorption du violet signalée dans un précédent mémoire, présente deux bandes dans l'ultra-violet, l'une tombant sur la raie 12 du cadmium, l'autre sur la raie 17; cette dernière est évidemment due à la sérine.

La bande des substances albuminoïdes (placée sur la raie 17) se trouve dans la salive, les sérosités pathologiques et quelquefois dans le liquide de l'amnios. (*R. S. M.*, XXII, 320.) J. B.

Ueber die Kraftvorräthe der Nahrungsstoffe (Sur la provision d'énergie des matières alimentaires), par B. DANILEWSKY (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVI, p.* 230).

Danilewsky s'occupe depuis plusieurs années de la détermination du calorique de combustion des substances alimentaires. Les principaux résultats numériques de ses recherches sont reproduits dans le tableau suivant :

Nombre de microcalories produites par la combustion d'un gramme de substance sèche.

D'APRÈS DANILEWSKY.

Caséine	5950	Viande de bœuf maigre	5724
Fibrine du sang	5830	Muscle de grenouille	5537
Fibrine végétale	6231	Sang de bœuf	5900
Peptone	4876	Cervelle de chien	7139
Gélatine (colle de poisson)	5493	Lait de vache	5733
Chondrine	4909	Lait de femme	4837
Kératine	5415	Pommes de terre	4234
Elastine	5776	Pain de seigle	4471
Extrait de viande de Liebig, y compris les sels minéraux	3216	Pain blanc	4351
		Riz	4806
Partie organique de l'extrait de Liebig	4400	Avoine	5107
		Pois	4889
Urée	2537	Sarrasin	4288
Résidu sec de l'urine humaine	1524	Maïs	5188
Graisse de bœuf	9842	Choux	4116
Sucre de cannes	4176	Farine de froment	4469
Anthrachinone	7140	Foin	4353
Diastase végétale	4086	Gluten	6145
Levure	4412	Légumine	5571
Viande de bœuf dégraissée	5431		

D'APRÈS VON RECHENBERG.

Dextrose sèche	3939	Cellulose	4464
Maltose sèche	4163	Acide oxalique	659
Sucre de lait	4162	Acide phénylacétique	7127
Fécule	4479	Acide stéarique	9886
Erythrodextrine	4325	Alcool	6980
Inuline	4398		

Danilewsky calcule ensuite le nombre de microcalories qui correspond à l'absorption physiologique d'un gramme d'oxygène, suivant que cet oxygène sert à brûler de l'albumine jusqu'à l'état d'urée, de la graisse ou des hydrocarbonés.

Un gramme d'oxygène servant à la combustion de l'albumine, produit 3380 micro-calories; dans la combustion de la graisse, 3370 calories; dans celle de la fécule et du sucre de raisin, respectivement 3797 et 3695 calories.

Pour un gramme de CO^2 excrété, il y a production de 2930 calories

s'il s'agit de la combustion physiologique de l'albumine; 3400 calories pour celle de la graisse; 2750 pour celle de la fécule et 2687 pour celle du sucre de raisin. Enfin, dans la combustion physiologique de l'albumine, il y a pour chaque gramme d'azote, 31800 calories et pour chaque gramme d'urée 14860 calories.

Un gramme de CO^2 produit dans l'organisme humain au repos (alimentation mixte), correspond à une production de 2841 microcalories. Un gramme d'oxygène absorbé dans les mêmes conditions correspond à 3315 calories. Dans l'organisme actif 1 gramme de CO^2 donne 2840-2787 calories, 1 gramme d'oxygène 3691-3676 calories.

Comme la quantité de chaleur qui correspond à l'excrétion d'un gramme de CO^2 varie notablement avec la nature de l'alimentation, c'est-à-dire du combustible consommé, il vaut mieux utiliser le chiffre d'oxygène consommé, chaque fois qu'on veut calculer approximativement la production de chaleur de l'organisme en prenant pour base la valeur des échanges respiratoires.

Quant à l'équivalence calorifique des principales matières alimentaires, elle est représentée par les chiffres du tableau suivant :

ALIMENTS ISODYNAMES

	GRAISSE.	FÉCULE.	SUCRE de raisin.	SUCRE de canne.	CELLULOSE.	PEPTONE	EXTRAIT de viande.
100 grammes caséine (5940 calories) =	61	133	151	142	133	121	135
100 grammes graisse (9842 calories) =	—	220	250	236	221	201	224
100 grammes fécule (4479 calories) =	47	—	114	107	100	92	102

Si l'on défalque la chaleur de combustion de l'urée, on trouve que 100 grammes d'albumine animale équivalent à 52 grammes de graisse ou 114 de fécule ou 129 de sucre de raisin. 100 grammes d'albumine végétale représentent 55 grammes de graisse ou 121 grammes de fécule ou 137 grammes de sucre de raisin. LÉON FREDERICQ.

Ueber Verdauungsproduct und Verdauungszeit des menschlichen Magens, par FINKLER et W. RUEHLE (*Berliner klinische Wochens.*, n° 23, p. 365, 9 juin 1884).

Les expériences sur la digestion stomacale ont été faites en partie chez des personnes bien portantes, en partie chez des malades atteints de gastrectasie, enfin et surtout chez un homme ayant un rétrécissement cicatriciel du pylore.

Pour s'assurer de la nature des produits de la digestion, l'estomac a été au préalable lavé et l'on a établi l'absence de matières albuminoïdes dans la dernière eau de lavage.

Alors on a fait ingérer des aliments qui ont été pompés au bout d'un certain temps et analysés.

Voici les résultats essentiels auxquels on est arrivé.

Durant tout le travail digestif, la substance albuminoïde, formée en plus grande quantité, est celle qu'on désigne sous le nom de peptone C et qui est caractérisée par sa grande solubilité relative ; à la fin de la digestion, c'est la seule substance albuminoïde qu'on trouve dans l'estomac.

Quant à la durée du travail digestif, elle est beaucoup moindre que dans les expériences de digestion artificielle faites en dehors de l'estomac. Aussi est-on obligé d'admettre l'intervention d'un coefficient physiologique dans le travail de la digestion stomacale naturelle. J. B.

Ueber die motorischen Verrichtungen des Magens, des Pylorus und des Duodenums, par ROSSBACH (*Berliner klinische Wochens.*, n° 19, p. 311, 11 *mai* 1885).

1° *Mouvements de l'estomac.* — Les mouvements péristaltiques de l'estomac commencent faiblement et, en augmentant d'énergie, durent 4, 5 ou 8 heures. Ils n'ont lieu que dans la portion attenante au pylore. Le grand cul-de-sac de l'estomac et la moitié voisine demeurent complètement immobiles.

Les contractions débutent toujours par le milieu de l'estomac et deviennent de plus en plus amples à mesure qu'on approche du pylore, de sorte que les parois de l'estomac arrivent à se toucher de tous côtés. Il faut environ 20 secondes pour que leurs ondes atteignent le pylore.

Les boissons froides en quantité modérée, de même que les boissons très chaudes, renforcent les mouvements de l'estomac, qui au contraire sont arrêtés par l'ingestion d'eau froide en abondance.

Le sommeil morphinique ou chloroformique affaiblit également ces mouvements.

Il en est de même de la section de la moelle au niveau de la deuxième vertèbre cervicale, de la section du pneumogastrique œsophagien et de l'œsophage au-dessus du cardia.

La section de la moelle cervicale fait cesser l'état de tension, de contraction modérée habituel à l'estomac quand il renferme des aliments; après cette section, l'estomac semble plus grand.

Les applications de courants faradiques sur la séreuse après section de la moelle ou du pneumogastrique œsophagien, déterminent localement de profonds étranglements, mais jamais d'ondes péristaltiques.

En dehors des mouvements péristaltiques, Rossbach n'a aperçu aucun mouvement de l'estomac. L'estomac à jeun, vide, est ratatiné, petit; tantôt il est complètement immobile, tantôt il offre des contractions très faibles.

L'excitation du pneumogastrique œsophagien provoque toujours des contractions intenses de la moitié de l'estomac avoisinant le pylore, tandis que le grand cul-de-sac reste dans une immobilité absolue.

2° *Mouvements du pylore.* — Durant tout le temps de la digestion, le pylore reste solidement fermé et pendant 4 à 8 heures il ne laisse passer dans le duodénum aucune trace du contenu stomacal. A cette période le doigt introduit par le duodénum ne peut même avec violence franchir le pylore; il n'y parvient que vers la fin de la digestion.

L'évacuation de la bouillie alimentaire dans l'intestin arrive brusque-

ment et s'opère par saccades sous une pression assez considérable. Mais pour cela il faut que le pylore se soit relâché, car les contractions même les plus fortes de l'estomac sont incapables de faire passer à travers lui une seule parcelle d'aliments.

Du côté de l'estomac, l'issue du chyme est aussi gênée mécaniquement par des replis valvulaires de la muqueuse.

Lorsque l'estomac est à jeun, le pylore intercepte encore la communication avec le duodénum, en vertu de sa seule élasticité.

Quand on a coupé les pneumogastriques sur l'œsophage, la fermeture du pylore cesse et l'estomac ne peut plus retenir son contenu.

La section de la moelle épinière ne supprime pas la contraction du pylore qui peut être augmentée par l'introduction d'aliments ou d'eau chaude. Il semble donc que les réflexes sensitifs entre la muqueuse gastrique et le pylore suivent des fibres nerveuses qui ne pénètrent pas dans la moelle au-dessous de la seconde vertèbre cervicale.

L'excitation de la muqueuse pylorique paraît exercer une influence d'arrêt sur la musculature de l'estomac. Une grande quantité d'eau froide est rapidement expulsée de l'estomac parce que le pylore ne tarde pas à s'ouvrir; l'eau chaude, au contraire, ne fait pas ouvrir le pylore.

L'eau froide, grâce à l'anémie de la muqueuse qu'elle produit est plus lentement résorbée que la chaude, mais au bout de plusieurs heures de séjour, la différence cesse.

L'excitation électrique de la séreuse stomacale et des pneumogastriques œsophagiens ne provoque rien d'appréciable du côté du pylore.

3° *Mouvements du duodénum.* — Durant toute la digestion stomacale, le duodénum ne présente aucune trace de mouvement et les excitants les plus divers ne réussissent pas à le faire sortir de son immobilité. Mais la sécrétion du suc intestinal se fait sans interruption de même que l'arrivée de la bile et vraisemblablement aussi du suc pancréatique.

La bile est évacuée dans le duodénum par les mouvements du diaphragme et des muscles abdominaux et non par les contractions de la vésicule.

Les mouvements péristaltiques du duodénum commencent peu avant l'arrivée de la bouillie stomacale et continuent jusqu'à ce que l'estomac soit entièrement vide.

L'acide chlorhydrique appliqué sur la muqueuse duodénale pendant la période de repos ne parvient jamais à déterminer des contractions. Donc on peut exclure comme cause des mouvements duodénaux l'action du contenu acide de l'estomac sur la muqueuse du duodénum. J. B.

Ueber die Resorptionsfähigkeit der menschlichen Magenschleimhaut im normalen und pathologischen Zustande, par Carl QUETSCH (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 23, *p.* 353, 9 *juin* 1884).

Penzoldt et Faber (*Berlin. klin. Woch.*, 1882, n° 21) ont les premiers étudié l'absorption stomacale à la fois en état de santé et de maladie. Dans ce but ils administraient par la bouche 20 centigrammes d'iodure de potassium contenus dans des capsules de gélatine et recherchaient le moment où l'iode apparaît dans la salive. Sur des individus sains, ils avaient trouvé qu'il varie entre 6 1/2 minutes et 15 minutes, que ce

temps est plus long dans la dilatation stomacale. Enfin ils n'avaient rien pu constater de net quant à l'influence de l'ulcère rond et des lavages de l'estomac.

J. Wolff (*R. S. M.* XXIV, 567) qui a procédé de la même façon est pourtant arrivé à des résultats assez différents.

A l'instigation de Riegel, Quetsch a repris cette étude pour essayer de concilier ces divergences qui ne peuvent tenir qu'aux conditions expérimentales différentes dans lesquelles ces observateurs s'étaient placés, tout en ayant l'air de suivre la même méthode.

Comme ses prédécesseurs, Quetsch faisait prendre deux décigrammes d'iodure de potassium dans une capsule de gélatine, mais il recherchait l'iode dans l'urine recueillie par le cathétérisme : en présence de l'acide nitrique fumant et du sulfure de carbone, les moindres traces d'iode s'y trahissent par une coloration violet rougeâtre.

Chez les *individus sains, à jeun*, l'époque d'apparition de l'iode a varié de 9 à 18 minutes, la moyenne étant de 13 1/2 minutes.

Quetsch a présenté dans un tableau synoptique les résultats qu'il a obtenus chez les individus atteints d'affections de l'estomac, en faisant varier les conditions des expériences.

Voici ce qui ressort de ce tableau :

Chez les individus atteints de catarrhe chronique et de *dilatation de l'estomac*, quand l'estomac est à jeun, il y a un retard marqué de l'absorption.

On sait que chez ces malades, le matin à jeun, il n'est pas rare que l'estomac au lieu d'être vide renferme encore des résidus d'aliments. Il fallait donc voir si la lenteur d'absorption était la conséquence directe de l'affection stomacale ou bien tenait simplement à ce que l'iodure de potassium se trouvait dilué par le contenu gastrique. Pour cela, Quetsch a, chez les mêmes individus, lavé l'estomac avant de commencer l'expérience. Il a trouvé que le retard dans l'absorption persiste, bien qu'un peu amoindri. Donc il dépend non seulement de la réplétion de l'estomac mais aussi de la maladie de ses parois.

Immédiatement après l'ingestion d'une très petite quantité d'aliments, l'absorption stomacale est considérablement ralentie. Lors même que l'estomac a subi un lavage préalable, elle est plus retardée que quand l'estomac est à jeun.

Au fur et à mesure du travail digestif, l'absorption s'accélère.

Dans deux cas d'*ulcère rond*, l'absorption stomacale loin d'être ralentie a paru activée.

Au contraire dans deux cas de *cancer* le retard était notable. J. B.

Ueber peptonisirende Fermente in Secreten der Pflanzen (**Sur les ferments peptonisants des sécrétions végétales**), **par A. HANSEN** (*Sitzungsb. der phys. medicin. Gesellsch. zu Würzburg, p.* 106, 1884).

L'action exercée par les sucs du carica papaya et du ficus carica sur la digestion et sur la coagulation du lait a été démontrée, en 1877, par *Wittmack*. Bouchut et Wurtz ont répété ces expériences et isolé le ferment. L'auteur étudiait, vers la même époque, le suc laiteux du figuier, où il avait signalé un ferment peptonisant. Mais les expériences ont tou-

jours laissé quelques doutes à cause de leur longue durée qui permet la supposition de l'intervention possible des bactéries. L'auteur a opéré dans de meilleures conditions. Il a pris 63 grammes de fibrine humide, fraîchement exprimée. Il l'a placée dans un demi-litre d'eau acidulée à 2/1000 d'acide chlorhydrique, et il y a mélangé 2 centimètres cubes du suc laiteux de carica papaya. En six minutes, la masse était liquéfiée à 40°. En second lieu, il met 60 grammes de fibrine dans un litre contenant la solution sodique à 2 0/0 et 2 centimètres cubes 5, de suc laiteux du ficus. Au bout de trois heures, la digestion était achevée. (On sait que la digestion tryptique, dont celle-ci est un exemple, est plus lente que la digestion peptique.) On n'observa ni la réaction avec l'eau bromée, ni la réaction de *Piria*. Enfin, si l'on ajoute quelques gouttes de suc laiteux de ficus à du lait, il se coagule à l'ébullition. La coagulation commence à 50° ; il est remarquable que le ferment coagulant agisse encore à l'ébullition.

La précipitation de ce suc par l'alcool laisse, après évaporation, un résidu brun résineux. Le traitement par l'eau en extrait une liqueur ayant les propriétés du suc laiteux ; seulement elle est moins bien émulsionnée. Elle exerce les mêmes actions que le suc frais, mais elle agit moins rapidement.

Hansen a recherché aussi dans ce même suc végétal un ferment diastasique. Il est à remarquer que les extraits secs commerciaux sont encore en état d'exercer une digestion peptique; la digestion tryptique est très atténuée.

Les autres sucs végétaux essayés n'ont pas donné de résultats. Le suc des euphorbiacées s'est montré sans action ; de même, les extraits opiacés, non plus que ceux de Taraxacum, Scorzonera, Chelidonium. Hansen a étudié, enfin, la liqueur du Nepenthes, plante carnivore. Avec 7 grammes de la sécrétion de cette plante, il a complètement digéré 40 grammes de fibrine en douze heures. L'action était déjà évidente au bout d'une heure.

DASTRE.

Ueber Schleimdrüsen (Sur les glandes à mucus), par Ph. STÖHR (*Sitzungsb. d. phys. medic. Gesell. zu Würzburg, p.* 93, 1884).

L'auteur s'est proposé comme objet principal de ses recherches de savoir si dans l'acte de la sécrétion les cellules étaient régulièrement détruites ou si elles abandonnent seulement à la sécrétion quelques-unes de leurs parties, tandis qu'elles-mêmes persisteraient. Beaucoup de recherches récentes tendent à cette dernière conclusion ; au moins pour les autres glandes. Seules, les glandes à mucus auraient fait exception. Telle est du moins l'opinion exprimée par Heidenhain (1868) à l'occasion de ses recherches sur la glande sous-maxillaire. Il s'appuyait sur ce que la sécrétion contient des cellules muqueuses et sur ce que celles-ci font défaut dans la glande même longtemps excitée. Mais ces prétendues cellules muqueuses de la sécrétion ne seraient autre chose que des leucocytes ayant leur origine dans les amygdales. Quant aux glandes à mucus longuement excitées, l'on y trouve des formations de couleur sombre qui ne sont autre chose que les *demi-lunes* de Gianuzzi ou les *masses cellulaires bordantes* de Heidenhain qui se déve-

loppent, pendant le repos, à la base de beaucoup de cellules muqueuses. Biedermann, d'autre part, a réussi à examiner en période d'activité des glandes muqueuses faciles à observer : ce sont celles de la langue de la grenouille ; il a conclu à une destruction partielle et non point totale des cellules. List (1884) qui a examiné les cellules cupuliformes de la vessie chez la grenouille n'a pas vu de cellules se détruisant, non plus que Schiefferdecker qui a étudié récemment le même sujet. On admet donc qu'il y a des glandes muqueuses dont les éléments sont conservés : ces glandes ne présentent point de *demi-lunes* ou *cellules bordantes*. Il y a d'autre part des glandes muqueuses dont les éléments se détruisent ; celles-là possèdent des cellules bordantes, qui ne sont autre chose que des cellules muqueuses en voie de reproduction. Ce seraient les glandes muqueuses simples. Schiefferdecker a même prétendu que pour celles ci la destruction n'était pas complète. Pour Stöhr, les prétendues cellules bordantes ne seraient autre chose que la portion inférieure protoplasmique des cellules à mucus. Cette explication fait disparaître toute difficulté dans l'interprétation des dessins de Lavdowsky et Heidenhain relatifs aux glandes gastriques. L'auteur a étudié spécialement la glande sous-maxillaire du chat. Il conclut que dans les cas d'activité moyenne de cette glande on trouve toujours des demi-lunes et des cellules muqueuses. Dans les cas d'activité exagérée provoquée par une excitation répétée, on ne reconnaît plus les cellules muqueuses parce qu'elles ont excrété leur contenu avant qu'elles se soient reconstituées par la portion semi-lunaire. L'auteur s'occupe, en second lieu, de la question de savoir si les deux espèces de cellules décrites par Heidenhain dans l'estomac, comme *cellules bordantes* et *cellules principales*, sont bien deux espèces distinctes et non des formes successives d'une même espèce.

DASTRE.

Ce que devient la bile dans le canal digestif, par A. WEISS (*Bulletin de la Société impériale des naturalistes de Moscou*, 1884).

Schiff (1870) a admis une circulation de la bile de l'intestin au foie et du foie à l'intestin, parce qu'il lui avait paru que la quantité de bile excrétée augmentait lorsque l'on introduisait de la bile dans le canal intestinal. Le fait lui-même et par conséquent la théorie furent contestés par Sokoloff. Ayant injecté du glycocholate de soude à un chien, il n'en retrouva point dans la bile de cet animal. A. Weiss reprend cette expérience. Il donne à un chien pendant trois jours du glycocholate de soude, le sacrifie et recherche dans la vésicule biliaire la présence de cette substance. Il l'y a retrouvée en effet, contrairement à l'opinion de Sokoloff. La présence de l'acide glycocholique fut constatée par l'acétate neutre de plomb et par la méthode quantitative de Hoppe. Dans ce dernier procédé, l'on détermine la quantité d'acide cholalique et la quantité de soufre. De la quantité de soufre, l'on déduit la taurine et par conséquent l'acide taurocholique. Weiss trouve un surplus d'acide cholalique qui ne peut provenir que de l'acide glycocholique introduit par l'expérience dans le tube digestif et qui aurait passé dans la bile. Si, au lieu d'introduire du glycocholate, on a introduit de la glycocolle, on n'observe pas le même phénomène : la bile ne contient plus que des taurocholates. Si l'on intro-

duit du cholalate de soude, il passe en faible quantité (2 à 13 0/0) dans la bile et l'on trouve de l'acide glycocholique. De sorte qu'en résumé, en donnant du glycocholate, on trouve beaucoup d'acide cholalique : en donnant du cholalate on en trouve peu. Dans le premier cas, il est combiné à la glycocolle ; dans le second cas, il y a aussi apparition de glycocholates ; l'acide cholalique qui ne se retrouve pas à l'état naturel s'étant vraisemblablement combiné à la taurine et à la glycocolle dans son passage à travers le foie. Enfin, l'auteur a donné un mélange de taurine et de cholalate de soude et il a retrouvé 2 0/0 de glycocholate dans la bile, expérience qui vérifie la supposition précédente. A. Weiss en revient donc à la théorie de Schiff, à savoir que la bile fraîche et la bile décomposée (par l'intestin) circulent continuellement de l'intestin au foie. La bile serait partiellement décomposée dans l'intestin et reconstituée dans le sang et le foie, par l'union de la taurine et de la glycocolle avec l'acide cholalique.

L'auteur aurait noté finalement que l'introduction de l'acide cholalique dans l'estomac augmentait la quantité des matières colorantes de la bile, tandis que l'acide glycocholique n'avait pas d'effet de ce genre.

DASTRE.

Note sur la rumination chez l'homme et spécialement chez les aliénés, par J.-B. BOUCHAUD (*Journal des Sc. méd. de Lille,* 1883).

Les faits de rumination chez l'homme sont assez nombreux. Le *mérycisme*, en effet, a été signalé par Fabrice d'Acquapendente : depuis la science en a enregistré un certain nombre. Dans la réalité, ces cas sont plus fréquents que ne le feraient croire ces statistiques incomplètes.

L'auteur a trouvé dans l'asile d'aliénés de Lommelet, à un moment donné 1er janvier 1883, 14 mérycoles sur une population de 571 malades : le fait était le plus fréquent chez les idiots, où la proportion était de 1/9 : chez les autres aliénés, elle était de 1/150. Il semble d'après cela que le mérycisme soit un signe de dégradation physique et morale assez avancée.

Le mérycisme peut disparaître pendant un certain temps : il peut être intermittent. Les aliments reviennent après chaque repas à des intervalles irréguliers; la quantité d'aliments rejetés dans la bouche peut être assez considérable ; quelquefois ils n'arrivent pas jusqu'à la bouche, mais seulement jusqu'au pharynx. Le goût n'est pas toujours désagréable, quelquefois même il est assez agréable. La volonté a une action variable, suivant les sujets. La théorie de Chauveau paraît s'appliquer aux malades examinés par l'auteur. DASTRE.

Eine neue Deutung des Menstruationsprocesses, par Wilhelm LŒWENTHAL (*Archiv für Gynækologie, Band XXIV, Heft* 2).

Trois théories sont actuellement en présence :

1° La théorie classique, d'après laquelle l'hémorragie mentruelle a pour point de départ la rupture du follicule ou le travail qui précède immédiatement la rupture du follicule, suivant que l'on place l'expulsion de l'œuf au début ou à la fin de l'hémorragie ;

2° La théorie de Lœwenhardt, d'après laquelle l'œuf fécondé est toujours l'œuf correspondant à la première période qui fait défaut : l'œuf s'échappe du follicule avant l'hémorragie menstruelle et, si la fécondation a lieu, l'hémorragie manque ou s'il ne se trouve aucun spermatozoïde pour le féconder, l'œuf est expulsé avec la caduque menstruelle et l'hémorragie paraît ;

3° La théorie soutenue par Beigel et d'autres auteurs, d'après laquelle l'ovulation et la menstruation n'ont aucune influence l'une sur l'autre ; mais l'une et l'autre sont la conséquence d'une impulsion sexuelle.

Ces trois théories sont, d'après l'auteur, en contradiction avec un certain nombre de faits connus et incontestables ; il est donc nécessaire de chercher une nouvelle théorie, et voici celle qu'il met en avant :

Le follicule de Graaf se rompt, expulse un œuf, et cet œuf pénètre à travers la trompe dans l'utérus. Cet œuf non fécondé s'arrête, se niche dans le premier pli venu de la muqueuse utérine, par conséquent au voisinage de la trompe, et provoque, comme conséquence directe de sa présence, un gonflement particulier de la muqueuse ; c'est la formation de la caduque menstruelle. Si pendant cette période d'attente l'œuf est rencontré par quelques spermatozoïdes, la caduque menstruelle se transforme en caduque gravide. Si, au contraire, l'œuf n'est pas fécondé, il meurt au bout d'un certain temps et sa disparition a pour conséquence une congestion sanguine active et l'expulsion de la caduque menstruelle ; c'est-à-dire la menstruation proprement dite. Cette congestion sanguine réagit à son tour sur l'ovaire, et provoque la rupture d'un nouveau follicule arrivé à maturité.

L'hémorragie menstruelle n'est donc pas la conséquence immédiate de la rupture du follicule, mais de la régression de la muqueuse utérine tuméfiée.

La rupture du follicule et l'hémorragie sont par suite indépendantes l'une de l'autre : la rupture d'un follicule peut avoir lieu sans qu'il y ait formation et destruction d'une caduque menstruelle ; et l'hémorragie menstruelle peut avoir lieu sans qu'il se produise en même temps rupture d'un follicule.

La périodicité de l'hémorragie menstruelle est en rapport avec la durée de l'existence extrafolliculaire de l'œuf : les écarts que présente cette périodicité s'expliquent par la différence de vitalité des œufs.

La fécondation suppose nécessairement la présence dans l'utérus (grossesses normales) ou hors de l'utérus (grossesse extra-utérine) d'un œuf expulsé de son follicule au moment de la dernière menstruation.

Au point de vue pratique :

L'hémorragie menstruelle n'est ni une fonction physiologique, ni la suite nécessaire d'une fonction physiologique, elle est la conséquence directe d'un fait résultant des rapports sociaux ; la non-formation et la mort de l'œuf humain. La femme, à l'état de nature, doit passer sans interruption de la grossesse à l'allaitement, ainsi que le fait est observé chez certaines peuplades. L'hémorragie menstruelle est un fait pathologique : elle a tous les caractères et toutes les conséquences des autres hémorragies qui sont toujours des faits pathologiques. Elle augmente ou s'atténue sous les mêmes influences. L'issue du sang qui accompagne la destruction de la muqueuse menstruelle ne doit être considérée comme complè-

tement inoffensive que lorsqu'elle a lieu par diapédèse : lorsqu'elle a lieu par déchirure des vaisseaux elle est toujours inutile, et elle peut devenir nuisible lorsqu'elle acquiert une certaine importance par rapport à la quantité générale du sang.

Il résulte de cette considération qu'il est indiqué, dans certains cas, de limiter et de réduire au minimum l'hémorragie menstruelle. Les meilleurs moyens dans ce but sont le repos au lit et l'injection d'eau très chaude (un verre d'eau à 50° C. répété deux ou trois fois par jour dès le début de l'hémorragie menstruelle).

L'aménorrée idiopathique ne doit, dans aucun cas, être considérée ou traitée comme une maladie : elle n'indique qu'une chose, c'est qu'une fonction corporelle non indispensable à la vie de l'individu (l'ovulation) a cessé ou s'est accomplie défectueusement, sous l'influence d'une cause quelconque, jeunesse, âge, grossesse, allaitement, faiblesse.

Dans le cas de dysménorrhée utérine, de ménorragie, de fibromes où il y a indication d'obtenir une ménopause anticipée, la salpingotomie (résection partielle des deux trompes entre ligatures) serait préférable à la castration. H. DE BRINON.

Ueber Mandeln und Balgdrüsen (Sur les amygdales et les glandes vésiculeuses de la base de la langue), par Philipp STÖHR (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVIII, Heft 2, p.* 211).

Dans ce travail, accompagné de nombreuses figures, l'auteur étudie la migration des leucocytes à travers l'épithélium des organes lymphoïdes de l'isthme du gosier (amygdales et glandes vésiculeuses). Il considère que des leucocytes en très grand nombre partent du tissu adénoïde, traversent l'épithélium et se déversent dans la cavité buccale. Cette émigration commence presque aussitôt après la naissance et dure toute la vie d'une façon physiologique. Ce fait avait été vu déjà par Böttcher, mais celui-ci, examinant des amygdales malades, avait cru qu'il s'agissait là d'un phénomène pathologique, ce qui est inexact. Frey pensait même que les leucocytes ne pouvaient traverser l'épithélium qu'à la suite d'un travail pathologique qui, dissociant le revêtement épithélial, aurait créé aux leucocytes des voies d'élimination entre les cellules. Les leucocytes en voie d'émigration sont groupés par amas plus ou moins épais, qu'il ne faudrait pas prendre pour des follicules ; c'est une erreur qui a pu être commise, surtout lorsque ces amas présentent des points ramollis. Henle ne s'y était pas trompé. Les leucocytes s'insinuent entre les cellules épithéliales à travers le ciment intercellulaire. Pendant leur travail de migration les leucocytes ont des noyaux rappelant le phénomène de kariokinèse; il semble donc qu'ils prolifèrent par scission. Dans les cryptes amygdaliennes on peut trouver des amas de leucocytes nombreux qui ont traversé la paroi de la cavité. L'épithélium ne présente cette infiltration leucocytique qu'au niveau du tissu adénoïde, cette infiltration manque absolument dans les points où l'épithélium repose sur du tissu conjonctif ordinaire. C'est sur le chat que la démonstration de ce phénomène se fait le mieux ; cependant il est visible sur divers animaux (lapin, hérisson, taupe, bœuf, etc.). Sur l'homme, Stöhr a pu l'observer chez un décapité et des nouveau-nés. Sur l'homme, les amas leucocyti-

ques se voient surtout au voisinage des ouvertures glandulaires. Parfois sur des coupes il a vu l'épithélium présenter des cavités lui donnant l'apparence d'une éponge ; il ne peut dire si pendant la vie ces cavités présentent un développement aussi grand. Peut-être les réactifs employés pour durcir les pièces, amenant la contraction du protoplasma cellulaire, exagèrent-ils ces cavités ?

Les cellules épithéliales sont souvent très altérées par le passage des leucocytes ; elles sont déformées, aplaties ; il est de règle que les cellules à cils vibratiles disparaissent au voisinage d'une infiltration leucocytique même peu abondante. Le procédé de coloration recommandé par Stöhr est la double coloration par l'éosine hématoxylique avec ou sans l'emploi de l'acide osmique. P. GALLOIS.

Ueber einige Gewichtsbestimmungen, par ZUELZER (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 22, *p.* 352, 2 *juin* 1884).

Zuelzer a recherché le poids de l'unité du volume humain, ce que pèse le mètre cube d'homme ? La question a un double intérêt physiologique et pathologique, car il s'agit de trouver une expression numérique pour l'alimentation. Zuelzer a procédé de la façon suivante :

L'individu mis en expérience, sa taille, sa circonférence thoracique et son poids ayant été préalablement mesurés, entre dans un bain. Dès qu'il est couvert d'eau, il respire à travers un tuyau de caoutchouc.

Le poids du corps des personnes choisies comme sujet d'expérimentation a varié entre 100 et 50 kilogrammes ; la quantité d'eau déplacée entre 52 et 108 litres.

A l'aide de ces chiffres et en prenant pour base le chiffre 1000 comme représentant le poids de l'eau, Zuelzer a pu calculer le poids spécifique du corps. J. B.

CHIMIE MÉDICALE.

Zur Lehre von Resorption des Fettes (**Étude sur la résorption des matières grasses**), **par Herm.-Ad. LANDWEHR** (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *Band IX*, *p.* 361, 1885).

Après avoir rapporté les diverses opinions émises successivement sur le mode d'absorption des graisses dans l'intestin, l'auteur rappelle qu'Hoppe Seyler, dans son traité de chimie physiologique, dit que comme la saponification des graisses est longue à se produire avec le suc pancréatique, qu'elle est rapide dans les liquides en putréfaction et que le suc pancréatique se putrifie très vite, il est difficile d'affirmer que la saponification des graisses ait lieu par l'action d'un ferment. Duclaux trouve toujours des microbes dans le suc pancréatique. On ne peut les enlever à cause de la viscosité du liquide par une filtration au travers de l'argile, mais si on entreprend des expériences en

présence d'antiseptiques on arrive à constater que le suc pancréatique a une action manifeste sur l'amidon et les matières albuminoïdes, mais qu'il ne contient pas de ferment capable de dédoubler les graisses. Il n'agit pas comme moyen de résorption des matières grasses, il forme avec elles une émulsion persistante, mais ce n'est pas par une action de ferment ; ce n'est dû qu'à une propriété physique du liquide pancréatique.

Dans ces derniers temps, Landwehr a constaté que l'on pouvait séparer de la mucine un hydrate de carbone qu'il a nommé gomme animale. Il n'a pas déterminé si cet hydrate de carbone est à l'état de simple mélange dans la mucine ou s'il s'y forme une combinaison peu stable. Mais il a montré que la mucine était composée de gomme animale et d'une globuline.

Ellenberger et Hofmeister ont reconnu beaucoup de gomme animale dans la parotide du cheval, et ils ont constaté que la salive de la parotide émulsionne les matières grasses et est exempte de mucine.

Landwehr montre ensuite que la mucine est bien une individualité chimique, et il annonce que la chondrine peut également se partager en un hydrate de carbone et un corps albuminoïde.

La grande ressemblance des gommes végétales et animales l'a conduit à chercher la mucine dans les émulsions animales. Il l'a trouvée dans le liquide d'une ascite chyleuse et dans le lait. Ritthausen l'avait déjà mentionnée sous le nom de substance ressemblant à la dextrine.

Il fut conduit par ces observations à rechercher si la gomme animale ne participe pas à l'absorption des graisses. Le caractère émulsif du suc pancréatique y fait en effet présumer la présence de la gomme animale. Le procédé suivant permet d'extraire facilement la gomme animale du pancréas.

On divise le pancréas en petits fragments. La bouillie est mise à digérer au bain-marie avec de l'eau distillée pendant longtemps, puis portée à l'ébullition à feu nu pendant quelques minutes pour coaguler l'albumine. En passant sur un filtre on obtient un liquide opalescent, qui évaporé au bain-marie laisse encore déposer de l'albumine. Il reste encore une petite quantité d'albumine en solution, on l'enlève en saturant par le sulfate de magnésie, ajoutant quelques gouttes d'acide sulfurique et portant à l'ébullition. On filtre et on lave avec une solution saturée de sulfate de magnésie. Le liquide filtré ne contient pas de peptones comme le montrent les réactions du biuret et de Millon, ou la proportion en est si faible qu'elle n'empêche pas la précipitation de la gomme animale. On obtient cette dernière en la combinant à l'oxyde de cuivre. On ajoute à la solution quelques centimètres cubes d'une solution de sulfate de cuivre, et on rend la solution alcaline. Il se forme un précipité bleu différent de celui d'hydrate de cuivre. On s'assure si on a mis une quantité convenable d'oxyde de cuivre en portant à l'ébullition, dès qu'il y a un excès il se forme un précipité noir d'oxyde de cuivre. Dans cette réaction les peptones restent en solution en produisant une coloration violette. On recueille le précipité sur un filtre, on le lave longtemps, au moins deux jours, on le dissout dans l'acide chlorhydrique et on précipite la gomme animale par l'alcool.

La présence de la gomme animale dans le pancréas explique son pou-

voir émulsif. Elle se trouve dans le pancréas comme dans le tissu unissant fixée à la mucine.

Dans la mucine de la bile on n'a pu constater la présence de la gomme animale. Lorsqu'on fait bouillir la bile avec les acides et qu'on porte ensuite à l'ébullition avec de l'oxyde de cuivre et une solution alcaline, on n'obtient pas la réaction de la gomme animale. Les parois des conduits biliaires et de la vésicule contiennent de la mucine ordinaire qui, après l'action des acides, précipite la solution alcaline de sulfate de cuivre.

Dans la bile, au contraire, il faut admettre que lorsqu'on ajoute de l'acide acétique, la mucine se précipite, et l'hydrate de carbone reste dissous. On en a la preuve par l'expérience suivante : on enlève à une glande sous-maxillaire sa matière muqueuse en la lavant avec une solution faiblement alcaline, et on y ajoute de la bile filtrée. On précipite par l'acide acétique. La mucine qui se précipite n'a plus les caractères de celle que fournissent directement les glandes salivaires, elle ne forme plus un coagulum unique, s'attachant aux baguettes de verre, mais elle produit un coagulum beaucoup plus mou, moins adhérent et semblable à la mucine que l'on obtient avec la bile. En filtrant, on recueille un coagulum qui ne peut plus servir à préparer la gomme animale, et qui, après l'ébullition avec les acides, ne fixe plus les sels de cuivre. Dans le liquide filtré, au contraire, on trouve de la gomme animale. Les acides biliaires ont donc une ressemblance avec les matières albuminoïdes unies à la mucine et peuvent leur enlever la gomme animale.

La même réaction se passe dans l'intestin et c'est sans doute la principale source de la gomme animale qui y émulsionne les graisses.

On sait en effet que Bidder et Schmidt ont montré que les glandes salivaires fournissent un kilogramme et demi de salive par 24 heures. Tuczek a trouvé qu'une mastication prolongée de 30 à 50 minutes donne de 500 à 700 grammes de salive. Herter a fait voir que la mucine augmente dans la salive pendant la mastication et qu'on peut précipiter de la salive buccale 0,6 0/00 de mucine. En mastiquant de la viande, la salive contient quatre fois plus de mucine.

L'estomac fournit par son épithélium une quantité assez considérable de mucine qui s'unit à celle des glandes salivaires. Que devient la mucine en présence du suc gastrique ? Hoppe Seyler, par analogie avec la chondrine, admet qu'elle se décompose dans l'estomac. Le fait est exact. En mêlant du suc gastrique avec du mucus il se fait un trouble qui disparaît plus tard. En ajoutant ensuite de l'acide acétique, on ne précipite plus de mucine, mais on trouve des acides albumine et de la gomme animale. Dans le liquide stomacal retiré avec une pompe on trouve toujours de la gomme animale. Mais dans l'estomac la présence des acides minéraux ne laisse pas l'émulsion des graisses se produire, et probablement une partie de la mucine passe inaltérée dans l'intestin.

La plus grande source de mucine se trouve dans l'intestin, dans les glandes de Lieberkühn et de Brunner. Le gros intestin produit une moindre sécrétion de mucine. Dans le catarrhe du gros intestin, il se forme de la mucine ordinaire.

Dans l'état normal, les matières fécales ne contiennent que de la mucine de la bile.

Landwehr termine son mémoire en faisant cette observation remar-

quable qui n'a point trait d'ailleurs à la résorption des graisses, c'est que partout où se trouve un ferment diastasique, il y a de la gomme animale. En ajoutant de l'alcool au suc gastrique on précipite à la fois le ferment diastasique et la gomme animale. E. HARDY.

Ueber die Methoden des Nachweises freier Säuren im Mageninhalt (Étude sur les procédés de recherche des acides libres contenus dans les liquides de l'estomac), par J. UFFELMANN (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band VIII, Heft* 5, *p*. 392-406).

La recherche des acides libres contenus dans les liquides de l'estomac est assez délicate. Voici la méthode qu'a adoptée Uffelmann après de nombreuses expériences. Il divise en quatre portions le liquide à examiner: la première portion sert à mesurer le degré d'acidité sans qu'il soit besoin de procédé spécial ; les trois autres portions servent à rechercher : 1° l'acide lactique ; 2° l'acide chlorhydrique ; 3° l'acide acétique et l'acide butyrique.

1° Recherche de l'acide lactique.

a) En ajoutant une goutte de perchlorure de fer à 10 centimètres cubes d'une solution d'acide phénique à 4 0/0 et en additionnant de 20 centimètres cubes d'eau distillée, on obtient une liqueur de couleur bleue. Cette couleur bleue passe au jaune en présence de quantités même très faibles d'acide lactique. La réaction est la même avec les acides citrique, formique, tartrique, mais la présence de ces acides dans l'estomac est exceptionnelle. Avec les acides chlorhydrique, acétique et butyrique, on n'obtient qu'une coloration d'un gris sale.

La couleur jaune se produit mal si la liqueur renferme beaucoup de phosphates ou de matières albuminoïdes (peptones exceptées). On peut en pareil cas séparer l'acide lactique en utilisant sa solubilité dans l'éther.

b) Le perchlorure de fer en solution très étendue (1 goutte dans 50 centimètres cubes d'eau) peut servir sans addition d'acide phénique. La production de la teinte jaune est même moins influencée par la présence des phosphates et des matières albuminoïdes.

Dans cette réaction comme dans la précédente, il est indispensable d'avoir vérifié l'acidité de la liqueur qu'on examine. Les alcalins donnent en effet avec le réactif une coloration jaune sale.

2° Recherche de l'acide chlorhydrique.

Uffelmann a tour à tour employé la fuchsine, le violet de méthyle, la propéoline. Il s'est enfin arrêté aux matières colorantes extraites du vin rouge et de l'airelle.

a) *Fuchsine*. La fuchsine se décolore en présence de l'acide chlorhydrique, mais cette réaction n'a lieu qu'avec une solution concentrée ; elle a de plus l'inconvénient d'être lente et de manquer en présence des matières albuminoïdes.

b) *Violet de méthyle*. La coloration bleue qui caractérise l'acide chlorhydrique se produit mal dans les liquides de l'estomac à cause des peptones qu'ils renferment. Si l'on employait ce réactif, la solution aqueuse concentrée devrait être préférée à la solution alcoolique.

c) *Tropéoline*. La tropéoline est un produit commercial trop variable

pour constituer un bon réactif. Les résultats diffèrent suivant chaque échantillon. Dans les bons produits, l'acide chlorhydrique donne une teinte lilas qu'on n'obtient ni avec l'acide lactique, ni avec l'acide acétique. Mais là encore les peptones empêchent la réaction. Malgré de nombreux essais, Uffelmann n'a pu trouver de moyen de séparer les matières albuminoïdes qui entravent si fâcheusement l'action des trois précédents réactifs.

d) *Vin rouge.* En ajoutant 1/2 centimètre cube de bon vin rouge à 5 centimètres cubes d'alcool à 90° et à 3 centimètres cubes d'éther on obtient un mélange presque incolore. Mais il suffit d'y ajouter un liquide renfermant 0 gr. 045 0/00 d'acide chlorhydrique pour qu'il se développe une coloration rose.

e) *Airelle.* Les baies d'airelle fournissent un réactif encore plus sensible. En solution dans l'alcool amylique, l'airelle décèle l'acide chlorhydrique dans un liquide qui n'en renferme que 0,024 0/00. Le mieux est de préparer avec la solution amylique un papier analogue au papier de tournesol. De gris bleu, la couleur de ce papier devient rose par HCl. Les acides organiques donnent également une coloration rose, mais cette coloration présente ce signe distinctif important qu'elle disparaît facilement par l'éther. La matière colorante de la mauve se comporte comme celle de l'airelle.

3° Recherche de l'acide acétique et de l'acide butyrique.

L'odeur spéciale que présente l'extrait éthéré des liquides qui renferment ces deux acides fournit déjà un bon renseignement. On peut de plus avoir recours aux deux réactions suivantes.

a) *Acide acétique.* Après avoir évaporé l'éther on neutralise le résidu par le carbonate de soude. Il suffit alors d'une goutte de perchlorure de fer pour obtenir une coloration rouge sang.

b) *Acide butyrique.* Le résidu laissé par l'extrait éthéré est additionné de deux à trois gouttes d'eau et d'un petit fragment de chlorure de calcium, On voit apparaître de petites gouttelettes graisseuses.

Uffelmann termine en recommandant une précaution fort utile dans toutes ces réactions délicates. C'est de comparer les résultats fournis par les liquides stomacaux aux résultats que donne une solution d'acide pur.

M. DEBOVE.

De la valeur diagnostique des procédés chimiques employés pour reconnaître l'acidité du suc gastrique, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Soc. méd. des hôpitaux, 10 décembre* 1884).

L'auteur, pour retirer le suc gastrique, emploie un instrument qu'il appelle explorateur gastrique; il consiste en un tube mou et flexible, dans l'intérieur duquel il place un réservoir de verre dont l'extrémité inférieure est munie d'un petit tube en caoutchouc qui dépasse le bout de la sonde, et met en communication le réservoir de verre avec la muqueuse de l'estomac; l'extrémité supérieure du réservoir est aussi munie d'un tube en caoutchouc beaucoup plus long qui aboutit à l'extrémité du siphon; ce tube est muni d'une poire en caoutchouc qui y pénètre à l'aide d'un index de verre; des fils de soie permettent de retirer le réservoir de verre; la poire de caoutchouc fait le vide et les

liquides de l'estomac montent dans le réservoir. Pour rechercher l'acidité du suc gastrique, Beaumetz emploie un produit analogue à la tropéoline des Allemands, l'orangé Poirier n° 4 : des solutions titrées montrent à quel degré se fait le virage de l'acide gastrique, en rouge violacé (acide chlorhydrique), ou rouge orangé (acide lactique). — Beaumetz ne peut, d'après ses observations, attacher d'importance sérieuse au procédé préconisé par Van der Velde et Leube. H. L.

Untersuchungen über die Hemialbumose oder das Propepton (Recherches sur l'hémialbumose ou la propeptone), par R. HERTH (*Sitzungsb. d. k. Akad. d. Wissens. zu Wien., Band XC., p.* 10).

Le contact plus ou moins prolongé des solutions d'albumine avec la pepsine acidifiée donne naissance à des produits dont la nature a été différemment appréciée. Contrairement à ce qui arrive pour les peptones pures, le chlorure de sodium et l'acide acétique les précipitent abondamment. D'autres sels métalliques ont le même effet. De plus, ce précipité se dissout à chaud et se reproduit à froid. En 1877, dans un premier travail, *Herth* avait pensé que ces réactions étaient dues à un mélange d'albumine non attaquée avec celle qui était peptonisée. *Henninger* en 1878 s'était rallié à cette opinion. Depuis lors *Schmid-Mülheim* a soutenu qu'il s'agissait d'une substance albuminoïde spéciale qu'il a appelée *propeptone* (1879) ; Salkowski (1880) établit l'identité de cette substance avec l'*hémialbumose* que Kühne avait obtenue en 1876 par l'action des acides étendus sur l'albumine et qu'il avait reconnue également dans les produits de la digestion peptique. *Pekelharing* (1880) s'est assuré que les réactions caractéristiques de cette substance, à savoir la précipitation par l'acide acétique et le chlorure de sodium, avaient été attribuées indument à la véritable peptone par *Adamkiewicz* (1877) : elle déterminaient aussi l'α peptone de *Huizinga* (1873) et *Place* (1870). *Kühne*, depuis lors, a consacré un travail étendu à l'examen de cette substance : il a montré son identité avec l'hémialbumose rencontrée dans les urines d'un malade atteint d'ostéomalacie. Les nouvelles réactions qui lui ont été attribuées sont d'abord la réaction avec l'acide azotique, la coagulation par certaines solutions aux températures inférieures à 100° et la solubilité remarquable du coagulum lorsque la température est passée jusqu'à l'ébullition. La solubilité dans l'eau a donné lieu à des discussions et Kühne a été entraîné à distinguer deux variétés, l'une soluble, l'autre insoluble. *Danilewsky* (1882) admet qu'il y a dans la propeptone ou hémialbumose un mélange de plusieurs corps syntoprotalbiques. — Les questions qui se posent encore sont les suivantes : l'hémialbumose ou propeptone constitue-t-elle une espèce chimique ? Est-elle formée par le dédoublement de l'albumine ? Quels sont ses rapports avec l'albumine et avec la peptone ? En quoi consistent ses différences avec les albuminoïdes connus ? Ce sont ces questions que *Herth* a voulu résoudre. — Il est arrivé aux conclusions suivantes :

L'hémialbumose est un corps spécial : elle est aussi peu soluble dans l'eau à toute température que l'albumine coagulée elle-même. A l'état de pureté, elle est insoluble dans l'eau salée ; cependant elle se dissout en partie lorsque la quantité de chlorure de sodium varie dans des

limites convenables. Elle a une tendance remarquable à se combiner aux acides et aux alcalis. C'est la combinaison acide qui est insoluble dans l'eau salée et qui fournit les précipités connus par les acides et le chlorure de sodium. Les particularités offertes par la solution d'hémialbumose et par les précipités qu'elle forme tiennent à ses combinaisons avec les alcalis, les acides et les sels. La coagulation par la chaleur propre aux solutions d'albumine appartient aussi aux solutions d'hémialbumose et change graduellement avec les solutions elles-mêmes. Sa composition centésimale est la même que celle des albuminoïdes dont elle provient. Elle n'est pas un produit de dédoublement de la molécule d'albumine. DASTRE.

De la peptonurie et de quelques points de la physiologie des peptones, par Max WASSERMANN (*Thèse de Paris*, 1885).

Le but que s'est proposé l'auteur est de rechercher la peptone dans les urines des malades atteints d'affections osseuses donnant lieu à la suppuration.

Il précipite les peptones dans l'urine par l'acide phosphotungstique en solution chlorhydrique, mais toujours après s'être assuré par le ferrocyanure de potassium et l'acide acétique que l'urine ne contenait pas d'albumine. Si au bout de deux heures il ne s'était formé aucun trouble, l'urine était considérée comme exempte d'albumine. Dans le cas contraire, il séparait l'albumine par le perchlorure de fer et l'acétate de soude à l'ébullition.

Pour Hofmeister la destruction du globule blanc coïncide avec la présence des peptones dans le sérum du pus.

M. Wassermann est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La peptone se trouve dans l'urine dans certaines maladies ;

2° Les maladies dans lesquelles on rencontre le plus souvent la peptonurie sont celles qui sont liées à une suppuration ou dans lesquelles il se forme des dépôts de substance plastique ;

3° La peptonurie semble constante dans les affections osseuses suppuratives ;

4° La peptonurie est causée par la destruction des leucocytes. Son existence permet d'affirmer l'existence d'une suppuration ou la régression d'un exsudat plastique;

5° Les peptones introduites dans l'économie autrement que par le tube intestinal sont éliminées par l'urine.

6° Les peptones n'existent pas dans le sang normal et ne traversent pas la paroi intestinale sans être transformées en albumine ;

7° Il paraît que les peptones ne sont pas directement assimilables, et ce serait la raison de leur élimination après leur introduction dans le sang par une voie autre que le passage à travers la paroi du tube digestif, tel que par résorption d'un foyer purulent. E. H.

Sur l'identité de la diastase chez les êtres vivants, par Em. BOURQUELOT (*Journal de pharmacie et de chimie*, *Tome XI*, 5e *série*, *p.* 367, 1885).

La diastase, c'est-à-dire le ferment soluble doué de la propriété de saccharifier l'empois d'amidon, est un composé très répandu dans la nature.

Chez les végétaux on en rencontre dans tous les tissus où il y a de l'amidon en réserve, non pas en toute saison, mais seulement à l'époque où cet amidon doit être transformé en sucre pour servir à la végétation. La diastase est l'agent qui détermine cette transformation. Chez les animaux supérieurs on en rencontre fréquemment dans la salive, et toujours dans le suc pancréatique pendant la digestion. Chez un grand nombre de vertébrés, les céphalopodes par exemple, on en trouve abondamment dans le liquide sécrété par l'organe auquel on a donné le nom de foie.

Chez tous les animaux la diastase est le ferment grâce auquel sont digérés les aliments amylacés, c'est-à-dire l'amidon pour les animaux herbivores, le glycogène pour les carnivores.

On doit à Baranetsky un travail important sur les ferments diastasiques extraits par lui de différents végétaux. Cet expérimentateur considère comme à peu près certaine l'identité de tous ces ferments. Mais les observations de Baranetsky se bornent aux végétaux, en sorte qu'il reste à savoir si la diastase qu'on rencontre chez les animaux supérieurs et celle du foie chez les animaux inférieurs sont identiques, et en outre si ces deux diastases sont identiques à la diastase végétale.

Le problème comporte deux ordres de recherches.

On sait que parmi les ferments solubles quelques-uns exercent leur action fermentaire sur plusieurs composés organiques. L'émulsine, par exemple, jouit de la propriété de dédoubler plusieurs glucosides, tels que l'amygdaline, la salicine, etc. D'autres, au contraire, n'agissent que sur un seul composé ; c'est ainsi que l'invertine n'exerce d'action fermentaire que sur le sucre de canne qu'elle dédouble en glucose et en lévulose.

Ce sont là des propriétés spécifiques qui caractérisent le ferment qui les possède.

Il y avait donc, en premier lieu, à examiner si tous les ferments diastasiques exercent une action fermentaire sur les mêmes composés.

Pour tous les physiologistes, la diastase de l'orge germée et la diastase de la salive de l'homme déterminent la saccharification de l'empois d'amidon, celle du glycogène et celle de certaines dextrines. Mais quelques-uns ont avoué qu'elles possèdent encore d'autres propriétés.

Ainsi, d'après Stœdeler, la diastase salivaire de l'homme posséderait la propriété de dédoubler la salicine en glucose et en alcool salicylique; cette diastase serait ainsi distincte de la diastase de l'orge germée qui ne peut effectuer ce dédoublement.

D'après Charles Richet, la salive de l'homme, et d'après Graham, la diastase de l'orge germée pourraient dédoubler le sucre de canne.

L'examen de la diastase sécrétée par le foie des céphalopodes a montré au contraire que cette diastase n'exerce d'action fermentaire que sur l'empois d'amidon, le glycogène et les dextrines.

Les observations des physiologistes qui viennent d'être citées peuvent être exactes, mais la critique des conditions dans lesquelles elles ont été faites montre qu'il est impossible d'en conclure que l'un ou l'autre des ferments diastasiques considérés puisse exercer une action fermentaire sur la salicine ou sur le sucre de canne.

Relativement à ce dernier, l'auteur a pris de la salive fraîche et, après l'avoir filtrée à travers un appareil de Klebs et Tiegel (terre poreuse), il

l'a additionnée d'une solution de sucre de canne préalablement bouillie et refroidie à l'abri des germes de l'air.

Ainsi préparé, le mélange s'est conservé plusieurs jours sans qu'il se soit produit d'interversion. Cette même salive saccharifiait l'empois d'amidon, elle renfermait donc de la diastase qui n'agissait pas sur le sucre de canne.

Mais si on prend de la salive sans précaution, si surtout on l'abandonne quelques heures à l'air, il arrive parfois — pas toujours — que cette salive acquiert la propriété d'intervertir le sucre de canne. Dans ce cas on peut facilement constater que la salive s'est peuplée de végétaux inférieurs. C'est l'invertine sécrétée par ces microphytes qui est la cause déterminante de l'interversion du sucre de canne lorsque celle-ci est observée, et non la diastase de la salive.

On conçoit d'ailleurs que, suivant l'état de la bouche des personnes qui fournissent la salive, celle-ci puisse renfermer de l'invertine. Dans l'expérience de Graham, ce n'est point la diastase, mais des moisissures qui causent l'interversion du sucre. Quand on répète en effet l'expérience, non avec de l'orge germée, mais avec de la diastase précipitée par l'alcool, on constate qu'elle n'a pas d'action sur le sucre de canne.

L'auteur n'a d'ailleurs jamais observé le dédoublement de la salicine par la diastase salivaire.

En résumé la diastase secrétée par le foie des céphalopodes, la diastase salivaire et la diastase de l'orge germée ne peuvent exercer d'action fermentaire que sur l'amidon, le glycogène et certaines dextrines.

Ce n'est pas tout. Lorsque la diastase agit sur l'empois d'amidon, celui-ci se transforme en un mélange de maltose et de dextrines. L'auteur a trouvé que le pouvoir réducteur de la diastase des céphalopodes est le même que celui de la diastase de la salive ou du malt.

Toutes ces diastases doivent donc être considérées comme identiques.

E. H.

Ueber eine neue Eiweissreaction (Sur une nouvelle réaction de l'albumine), par D. AXENFELD (*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, *p.* 209, 1885).

En chauffant une solution albumineuse avec une solution de chlorure d'or dans l'acide formique, on obtient les réactions suivantes : une solution à 1 pour mille de chlorure d'or donne une coloration rose; un peu plus de chlorure d'or, rouge pourpre, puis bleu, enfin bleu foncé; et enfin un excès de chlorure d'or donne un précipité bleu floconneux et la solution qui surnage reste incolore. E. H.

Ueber zwei neue Methoden des Nachweissen von Eiweiss und Zucker im Harne (Deux nouvelles méthodes pour la recherche du sucre et de l'albumine dans l'urine), par BAAS (*Wien. med. Presse*, *n°* 4, 1884).

Voici deux procédés très simples pour déceler l'albumine et le sucre.

Pour l'albumine, on prend un papier à filtre trempé dans une solution concentrée d'acide citrique et séché, puis un autre papier imbibé de solution de sublimé à 3 0/0 avec 12 à 15 0/0 d'iodure de potassium également séché (le praticien peut avoir ces papiers dans son portefeuille).

En les plongeant dans une urine albumineuse, on voit se former au bout d'un moment un précipité floconneux qui va au fond du verre. Ces réactifs sont très sensibles et permettent de reconnaître la présence d'un gramme d'albumine dans un litre d'eau.

Pour le sucre, les papiers qu'on met en présence sont imprégnés l'un d'indigo, l'autre de bicarbonate de soude. L'urine est colorée par l'indigo. On chauffe. S'il y a du sucre, la coloration bleue disparaît, l'urine devient jaune clair ou même incolore. Il suffit de 1/10000 de sucre pour opérer la réduction de l'indigo. Cette réaction est donc très sensible.

L. GALLIARD.

Nitric acid a probable means of differentiating Bright's disease of the kidney from that in which the albuminuria is caused by functional disturbances, par A. MEMMINGER (*New York med. Journ., février* 1885).

L'auteur a cherché à différencier les cas où l'albuminurie est symptôme du mal de Bright, de ceux où elle relève d'un simple trouble fonctionnel, d'une modification du sang sans lésion sérieuse du rein. Dans cette seconde série de cas, la réaction suivante serait pathognomonique: on porte à l'ébullition 4 à 5 centimètres cubes d'urine, additionnés de quelques gouttes d'acide nitrique fort, pas de précipité ; on plonge le tube à expérience dans de l'eau très froide, l'albumine se montre immédiatement, sous forme de flocons ou de nuage ; de plus, elle ne peut être redissoute dans un excès d'acide.

A. CHAUFFARD.

I. — Ueber eine Methode, für die Maassanalyse Lösungen genau bestimmten Procentgehaltes herzustellen (Méthode pour préparer les solutions titrées pour l'analyse volumétrique), par E. PFLÜGER (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVI, p.* 101).

II. — Ueber die Bestimmung des Stickstoffs im menschlichen Harne (Sur la détermination de l'azote dans l'urine humaine), par E. PFLÜGER et K. BOHLAND (*Ibid., Band XXXVI, p.* 102).

III. — Ueber die Grösse des Eiweissumsatzes bei dem Menschen (Sur la valeur de la destruction des albuminoïdes chez l'homme), par E. PFLÜGER et K. BOHLAND (*Idem, Band XXXVI*, p. 165).

Pflüger et Bohland décrivent minutieusement les précautions qu'il faut prendre pour doser l'azote des urines soit sous forme d'ammoniaque (distillation en présence de l'acide sulfurique), soit sous forme d'urée (dosage volumétrique par le nitrate de mercure, procédé de Liebig perfectionné par Pflüger). Les deux méthodes donnent des résultats satisfaisants. Pflüger et Bohland font connaître les résultats d'analyses comparatives d'un assez grand nombre d'échantillons d'urine provenant de plusieurs personnes. On recueillait chaque fois les urines des 24 heures.

La quantité d'azote excrétée par les urines correspond en moyenne à une destruction d'albumine de 1^{gr},234 par 24 heures et par kilogramme de poids du sujet. Chez les jeunes gens bien nourris la moyenne est plus élevée: 1^{gr},45 d'albumine par 24 heures et par kilogramme de poids du sujet.

Si l'on admet 62 kilogrammes comme poids moyen du jeune homme adulte, cela fait une destruction de 89^{gr},9 d'albumine par 24 heures.

Les moyennes de ce genre n'ont jamais qu'une valeur relative : le prolétaire qui ne mange jamais de viande et qui n'a pas toujours des pommes de terre à discrétion fournira des urines pauvres en azote, tandis que le riche oisif qui absorbe deux ou trois fois plus d'albuminoïdes qu'il n'est nécessaire produira de grandes quantités d'urée. Rien que dans les chiffres des analyses de Pflüger et Bohland, nous relevons des différences allant du simple (0gr,669 d'albumine par kilogramme et par 24 heures) au triple (1gr,975 d'albumine par kilogramme et par 24 heures).

LÉON FREDERICQ.

Ueber das Vorkommen von Pepsin und Trypsin im normalen menschlichen Harn (Sur la présence de la pepsine et de la trypsine dans l'urine normale de l'homme), par Walter SAHLI (*Archiv für die gesammte Physiologie, Band XXXVI, p.* 209, 1885).

Brücke signala en 1861 la présence de la pepsine dans l'urine, Munk la trouva dans la salive, Kühne également ; en outre, Kühne la retrouva dans le suc intestinal, dans le chyle, dans le sang de chien, dans la muqueuse intestinale, dans le cerveau, les poumons et la glande tyroïde de différents animaux. Brücke parvint également à extraire des muscles une certaine quantité de pepsine. Plus récemment (1882) Grützner montra que l'urine humaine contient, outre des quantités notables de pepsine, d'autres ferments solubles ; la trypsine, la diastase et le ferment de la présure (*Labferment*). Sahli a repris ces recherches sous la direction de Grützner.

Il a constaté que l'urine normale acidulée légèrement attaque rarement et fort incomplètement la fibrine qu'on y ajoute. Les propriétés digestives de l'urine se manifestent un peu mieux, si l'on a soin de diluer fortement le liquide. Ces résultats douteux ou négatifs tiennent à l'influence perturbatrice que les sels de l'urine exercent sur la fermentation peptique. Pour constater indubitablement la présence de la pepsine et surtout pour évaluer approximativement la richesse de l'urine en ferment, Sahli a recours à un procédé imaginé par Grützner. Ce procédé est basé sur la propriété que possède la fibrine d'absorber et de condenser à sa surface la pepsine dissoute dans un liquide. Sahli introduit dans l'urine fraiche une certaine quantité de fibrine de bœuf et l'y laisse séjourner une ou deux heures. La fibrine s'y charge de pepsine ; elle est ensuite placée dans un tube à réaction contenant de l'acide chlorhydrique au millième et maintenu à une température de 38 à 40°. La richesse en pepsine de l'urine s'évalue approximativement d'après la rapidité de la dissolution de cette fibrine.

Sahli a constaté de cette façon que l'urine humaine contient toujours de la pepsine en quantité assez notable. La proportion de pepsine n'est pas constante ; elle présente des variations régulières en rapport avec les périodes d'abstinence et de digestion. Si les repas sont séparés par un intervalle de six heures, chaque ingestion d'aliments est suivie d'une période de deux heures pendant laquelle l'excrétion de pepsine par les urines diminue. La proportion de pepsine augmente pendant les quatre heures suivantes. Le maximum de pepsine s'observe constamment le matin immédiatement avant le premier déjeuner (de 9 heures), le mini-

mum se montre après le repas principal du milieu du jour. Les variations dans la proportion de pepsine de l'urine marchent parallèlement aux variations dans la richesse en pepsine du suc gastrique secrété par le grand cul-de-sac de l'estomac et dépendent probablement des mêmes influences. La pepsine de l'urine a sans doute pour origine celle qui est résorbée à la surface de l'estomac et de l'intestin.

La trypsine de l'urine ne peut malheureusement être extraite par le même procédé, elle ne dépose pas sur la fibrine. Pour démontrer sa présence et déterminer le degré de richesse de l'urine en trypsine, Sahli dilue l'urine avec deux fois son volume de solution de carbonate de sodium à 1 0/0 et y dépose quelques flocons de fibrine ; ceux-ci ne tardent pas à être attaqués et à se transformer en partie en peptones. La rapidité avec laquelle s'opère la dissolution de la fibrine est approximativement proportionnelle à la richesse en trypsine. Sahli a trouvé de cette façon que l'urine humaine contient constamment de la trypsine, que la quantité de ferment est des plus variables. Il y a toujours diminution de la trypsine excrétée par les urines peu de temps après le repas principal du millieu du jour et le plus souvent aussi après le déjeuner.

Comme contrôle, toutes les expériences furent répétées dans les mêmes conditions avec de l'urine soumise au préalable à l'ébullition (pour rendre les ferments inactifs). LÉON FREDERICQ.

Ist anzunehmen, dass der normale menschliche Harn-Cystin oder diesen nahestehende Verbindungen enthalte? (Peut-on admettre que l'urine humaine contient de la cystine ou un composé voisin d'elle ?), par STADTHAGEN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band IX*, *p.* 129, 1885).

L'urine, d'après Salkowski, renferme en moyenne par jour $0^{gr},158$ de soufre neutre, en plus du soufre contenu dans l'acide sulfurique préexistant ou combiné. Ce chiffre représente le tiers environ de tout le soufre de l'urine, qui s'élève à $0^{gr},807$ en moyenne. Une partie du soufre neutre se trouve d'après Munk et Gscheidlen sous forme de sulfocyanate, soit environ $0^{gr},0314$ par litre d'urine. Salkowski a trouvé aussi du soufre dans une combinaison qui ne donne pas de réaction par l'hydrogène sulfuré.

Le poids de ces soufres réunis n'égale pas celui trouvé par l'expérience : Stadthagen a présumé qu'il pourrait s'y trouver à l'état de cystine. Il a remarqué que, d'après Mauthner et Haas, l'urine dévie à gauche le plan de la lumière polarisée, et que la cystine dévie également à gauche. De plus Kulz a pu obtenir directement la cystine de l'urine de l'homme et du bœuf. Il n'est pas possible que l'urine contienne beaucoup de cystine à cause de son insolubilité, mais on pourrait admettre qu'elle entre dans quelque combinaison capable de la dissoudre.

L'auteur fait des rapprochements entre la formation de la cystine admise par Baumann et le monosulfide et le mercaptan (cystéine de Baumann), et aussi avec l'acide thiolactique qui ne diffère de la cystéine que par le remplacement du groupe NH^2 par H.

Les expériences de l'auteur ne lui ont pas permis de trancher la question qu'il s'était posée. E. H.

Ueber Diazoreaction bei Phtisis Pulmonum (Sur la réaction diazobenzoïque dans la tuberculose), par GRUNDIES (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band VIII, Heft 4, p.* 364-368).

Pour répondre aux objections qu'a soulevées la réaction diazobenzoïque, Grundies a fait sur 64 tuberculeux un grand nombre de recherches longuement poursuivies. Il opérait de la façon suivante :

Il commençait par préparer deux solutions A et B.

Solution A. —	Acide sulfanilique........	1	gramme.
	Acide nitrique.............	10	grammes.
	Eau distillée..............	1,000	—
Solution B. —	Nitrite de soude...........	1	gramme.
	Eau distillée..............	200	grammes.

A la solution A, Grundies ajoutait 25 grammes de la solution B. Il mélangeait ensuite dans un tube parties égales de ce réactif et d'urine, ajoutait quelques gouttes d'ammoniaque, et abandonnait le mélange à lui-même pendant 24 heures.

L'intensité de la réaction se mesure à la couleur du précipité. Vert sombre dans les réactions fortes, le précipité est vert clair dans les réactions faibles. Parfois il présente une coloration jaune d'œuf qui ne semble pas avoir de signification spéciale. Le reste du liquide prend une teinte rougeâtre dont l'intensité varie proportionnellement à la coloration du précipité.

Une réaction intense est un signe de tuberculose grave quand elle se produit d'une façon ininterrompue. Dans tous les cas de ce genre observés par Grundies, la marche de la maladie fut rapide et l'aggravation continuelle.

Quand au contraire la réaction manque toujours, la situation est beaucoup plus favorable. Les lésions sont peu avancées ou bien sont en voie de réparation.

Cette réaction de recherche si facile fournira donc dans beaucoup de cas un signe pronostic de grande valeur. M. DEBOVE.

Studien über Methæmoglobin (Études sur la méthémoglobine), par Axel JÄDERHOLM (*Zeitschr. f. Biol., Band XX, p.* 419).

Hüfner et Otto ont obtenu (1883) la méthémoglobine en cristaux, mais ils n'ont pu l'extraire du sang du chien. Jäderholm indique une méthode qui permet cette extraction. Le sang est laissé au froid ; il se coagule ; on sépare après 12 ou 24 heures le sérum du caillot : celui-ci est refroidi alors fortement au moyen de mélanges réfrigérants et on le divise en petits fragments qu'on jette sur un filtre sec et qu'on lave avec de l'eau distillée glacée jusqu'à ce que le bichlorure de mercure ne donne plus qu'un précipité insignifiant avec le filtrat. La matière colorante du sang est dissoute ensuite dans l'eau distillée à 35 ou 40°, la solution concentrée d'oxyhémoglobine est filtrée et agitée avec des cristaux de ferrocyanure de potassium. La couleur change et il est facile de se convaincre par l'examen spectroscopique que l'hémoglobine a passé à l'état de méthémoglobine. Si l'on ajoute alors 1 volume d'alcool concentré pour 6 volumes de la solution de méthémoglobine et qu'on l'expose pendant une

journée au froid, la cristallisation se produit. Il faut avoir soin que la quantité d'alcool ne soit pas suffisante pour produire un précipité. — La masse est décantée dans de l'alcool étendu à 5 volumes d'eau : les cristaux sont alors obtenus sans mélange de matière amorphe, dans une liqueur incolore. Eux-mêmes se présentent comme des prismes allongés de coloration sombre. — L'auteur a pu les examiner au microspectroscope et y retrouver les quatre raies caractéristiques de la méthémoglobine. Ils jouissent de la double réfraction. Placés entre deux nicols croisés, après introduction d'une plaque de gypse orientée à 45°, ceux dont l'axe est parallèle à la section principale du gypse paraissent d'une belle couleur bleue, tandis que ceux qui sont perpendiculaires paraissent jaunes. Les cristaux de méthémoglobine obtenus au moyen du sang de chien sont moins solubles que ceux de l'hémoglobine : ils se conservent assez longtemps au froid. — Le spectre fournit les caractères suivants : c'est dans le rouge que se fait la moindre absorption : on voit la raie I entre C et D : au contact même de D se montre une nouvelle bande d'absorption, une autre entre D et E, une quatrième enfin entre E et F, elles sont de plus en plus larges et ressortent plus ou moins nettement sur la bande totale d'absorption qui couvre toute la partie inférieure du spectre. La place exacte du milieu de ces bandes est la suivante : la bande I correspond à une longueur d'onde de 630 millionièmes de millimètre; la bande II à 581; la bande III à 539; la bande IV à 500. La première est la plus foncée ; la seconde est la plus pâle des quatre.

Ces cristaux de méthémoglobine se dissolvent très facilement dans les solutions alcalines même extrêmement étendues : la couleur et le spectre changent lorsque l'on ajoute seulement 53 millionièmes de carbonate de soude. Le spectre alcalin ne présente plus que trois bandes dont la première recouvre la seconde et paraît très pâle.

Dès ses premières recherches, l'auteur avait considéré la méthémoglobine comme une hémoglobine peroxydée. Hoppe Seyler la regarde comme moins oxydée et *Hüfner*, *Kulz* et *Otto* admettent qu'elle ne contient ni plus ni moins d'oxygène que l'hémoglobine, seulement que l'oxygène est plus fortement retenu. L'auteur a entrepris des recherches pour résoudre cette question. Il fait passer pendant plusieurs heures un courant d'hydrogène dans une solution de méthémoglobine contenue dans un barboteur à boules absolument exempt de traces d'alcali. Le résultat constant a été que la couleur de la solution a passé du brun au rouge, que la première bande d'absorption s'est atténuée et a disparu, puis la quatrième bande, tandis que les deux bandes situées dans le vert étaient renforcées. L'action de l'hydrogène, aussi bien d'ailleurs que l'action des alcalis s'accorde avec l'idée que la méthémoglobine cristallisée ordinaire contiendrait de l'acide carbonique ou l'un des acides volatils qui souillent d'ordinaire l'alcool. Enfin, l'auteur se rallie à l'idée que la méthémoglobine doit être considérée comme un peroxyde d'hémoglobine. Il repousse les objections de Hoppe Seyler relatives au processus de réduction qui transformerait la méthémoglobine en hémoglobine et hémochromogène et non en oxyhémoglobine. Jäderholm affirme au contraire cette transformation, non pour la méthémoglobine pure, mais pour la solution légèrement alcoolisée de cette substance. DASTRE.

Ueber die Einwirkung von Bleiacetat auf Traubenzucker und Milchzucker (Action de l'acétate de plomb sur le glucose et sur la lactose), par M. RUBNER (*Ztschr. f. Biol. XX, p.* 397).

Les réactifs caractéristiques des différentes espèces de sucre sont encore mal connus. Pour le glucose on a maintenant le réactif de *Barfoed:* on n'en possède point pour le sucre de canne, ni pour le sucre de lait. Rubner reprend ce problème. Il rappelle la réaction suivante pour le sucre de glucose : si l'on ajoute un peu d'acétate de plomb à une solution étendue de glucose et que l'on verse de l'ammoniaque jusqu'à l'apparition d'un précipité permanent, il se développe une coloration rouge, lentement à la température ordinaire, rapidement si l'on chauffe. — A la température ordinaire il faut quelques heures : neuf heures ont été nécessaires avec la solution de glucose à 5 pour mille et 24 heures pour la solution à 1 0/0. A l'ébullition, la liqueur s'éclaircit et se colore en rose; puis le précipité reparaît. — Il faut que les réactifs soient employés en quantités convenables ; par exemple, pour 5 centimètres cubes d'une solution de glucose à 2 1/2 pour mille, il faudra employer 1 centimètre cube de la solution d'acétate et ensuite 2 centimètres cubes d'ammoniaque. — Cette réaction serait aussi sensible que celle de Barfoed. Il paraît qu'elle ne serait pas nouvelle. Salkowski a indiqué la mention qui en est faite par Schwanert (1866). — Elle ne se produit ni avec le sucre de canne, ni avec la dextrine. Quant au sucre de lait, il ne la donne pas non plus si l'on ne prolonge point l'ébullition au delà de 20 à 25 secondes, temps suffisant pour la détermination du glucose : si l'on prolonge, il se produit une coloration légèrement rosée. On peut encore opérer d'une autre façon. — On mélange à la solution de glucose une certaine quantité d'acétate de plomb en poudre et l'on chauffe pendant quelque temps : on instille ensuite dans la liqueur en ébullition quelques gouttes d'ammoniaque jusqu'à ce que le précipité formé soit permanent : le mélange prend une coloration jaune que la concentration amène au rouge : il y a aussi formation d'un dépôt floconneux qui prend une couleur jaune rappelant l'oxyde de plomb. La coloration jaune passe d'ailleurs au rouge plus ou moins rapidement suivant la quantité de sucre. Cette réaction est particulière au glucose : elle ne se produit ni avec la dextrine, ni avec le sucre de canne.

Pour ce qui concerne le sucre de lait, la réaction ne se produit que si l'on chauffe environ 45 secondes. — Si l'on ne chauffe pas du tout, ou si l'on chauffe moins de 20 secondes, la coloration ne se manifeste pas. Il est évident que l'ébullition prolongée a modifié le sucre de lait; l'ébullition avec l'acétate seul, sans addition d'ammoniaque, produit en effet une coloration jaune brun; elle passe au rouge et il se fait sur les parois des vases un dépôt cristallin de petits cristaux rouges caractéristiques. Ici, comme pour le glucose, la question des doses joue un rôle important.

Rubner applique ces notions à la recherche des sucres dans l'urine. On prend 10 centimètres cubes de l'urine à examiner; on les mélange avec 3 grammes d'acétate de plomb pulvérisé : on chauffe; on filtre; on fait bouillir de nouveau et l'on instille de l'ammoniaque. S'il y a du glucose il se produit un précipité rouge qui bientôt passe au jaune. Si la densité de l'urine est supérieure à 1010, il faut l'étendre d'un égal volume d'eau. —

La réaction est assez sensible pour décéler 1/1000. — Le procédé est applicable à la recherche du sucre de lait : la coloration jaune est passagère et le précipité passe aux colorations rose et rouge cuivre. La réaction est très sensible et permet de décéler le sucre de lait dans une urine qui en contient 4 pour mille. — Rubner croit avoir démontré par ce procédé la présence du sucre de lait dans les urines des nourrices. Salkowski déclare n'avoir pu réussir à reconnaître une différence qualitative réelle entre les deux sucres et à déceler dans ce cas le sucre de lait.

A. DASTRE.

Das Verhalten tertiär Alkohole im Organismus (Des transformations des alcools tertiaires dans l'organisme), par THIERFELDER et F. v. MERING (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band IX, p.* 511).

L'acide glycuronique forme un élément constant de toute une série de substances conjuguées, lévogyres, qui apparaissent dans l'urine de l'homme et du chien à la suite de l'ingestion d'un grand nombre de substances organiques.

En 1875, Musculus et l'un des auteurs ont découvert dans l'urine des malades qui prenaient du chloral la première substance de cet ordre, l'acide urochloralique.

Depuis on a reconnu la même propriété aux substances suivantes : chloroforme, morphine, nitrobenzol, camphre, orthonitrotoluol, bromobenzol, phénol, phénétol, anisol, dichlorobenzol, xylol, cumol, terpentinol, benzol, acide orthonitrophénylpropiolique-trichloréthyl, alcool, hydroquinone, résorcine, thymol, chlorphénolène, orthonitrophénol, paranitrophénol, crésol, azobenzol, hydrazobenzol, amidobenzol, indol, kairine, menthol et bornéol.

Les corps conjugués que renferme l'urine après l'introduction de ces substances dans l'organisme, acides camphoglycuronique, urochloralique, etc., se dédoublent par l'ébullition avec les acides étendus en mettant de l'acide glycuronique en liberté, ainsi que l'ont reconnu Schmiedeberg et Meyer.

Thierfelder et Von Mering viennent de signaler de nouvelles substances qui forment aussi des combinaisons conjuguées avec l'acide glycuronique. Elles ont cet intérêt particulier d'appartenir à la série des alcools tertiaires.

Butylalcool tertiaire, triméthylcarbinol $(CH^3)^3$ COH.

Un lapin auquel on a introduit 3 centimètres cubes d'alcool dans l'estomac avec une sonde reste aussi gai qu'auparavant. L'urine portée à l'ébullition avec du sulfate de cuivre se comporte comme l'urine normale; après l'ébullition avec l'acide sulfurique, elle le réduit sous l'influence d'une faible chaleur. L'urine dévie la lumière polarisée vers la gauche. Un tube de 200 millimètres dévie la lumière dans un appareil de Soleil de — 1,25. La quantité d'urine après 36 heures était de 140 centimètres cubes.

Avec une dose double, un autre lapin éprouva seulement une faible somnolence. Son urine déviait de — 1,5.

L'urine d'un chien présenta les mêmes phénomènes, l'animal n'eut pas de somnolence.

Amylalcool tertiaire, diméthyléthylcarbinol $(CH^3)^2C(C^2H^5)OH$. Cet alcool a une action beaucoup plus prononcée que le précédent.

Lapin. 3 centimètres cubes de cette matière amenèrent après 5 à 10 minutes un profond sommeil qui dura 12 à 24 heures. Après le réveil l'animal était très gai et cherchait à manger. L'urine avait les mêmes caractères que dans les expériences précédentes. Elle déviait la lumière de — 1,3.

Chien. Sur un chien qui prit 10 centimètres cubes du liquide, on constata aussi un profond sommeil et une déviation de — 3,75. Après avoir été soumise à la fermentation, l'urine ne réduisait plus les sels de cuivre après qu'on l'avait fait bouillir avec de l'acide sulfurique étendu. Elle contenait donc un suc fermentescible (sucre de raisin).

Homme. Un homme prit pendant deux jours 12 centimètres cubes. Un autre 3 centimètres cubes pendant trois jours. L'urine était optiquement inactive et ne réduisait le sulfate de cuivre ni avant ni après l'ébullition avec l'acide sulfurique. Il n'y eut pas de tendance au sommeil.

Pinacone. Hexylenglycol tertiaire $(CH^3)^2 C(OH) (CH^3)^2$. Sur un chien on eut la réduction du sulfate de cuivre, pas de fermentation par la levure de bière. La rotation de — 1.

Préparation de la substance déviant à gauche : L'urine fut évaporée, acidulée avec l'acide sulfurique et agitée plusieurs fois avec l'éther pour enlever l'acide hippurique, puis avec un mélange d'alcool et d'éther. La solution éthero-alcoolique fut distillée en partie, neutralisée par l'eau de baryte, évaporée, acidulée de nouveau et agitée plusieurs fois avec de l'éther. Tout l'acide hippurique fut ainsi enlevé. On neutralisa de nouveau avec l'eau de baryte, on filtra, on décomposa par une solution de sulfate de potasse et on filtra. Après évaporation, on épuisa le sirop avec de l'alcool froid pour enlever l'urée, on fit ensuite bouillir avec de l'alcool absolu et on filtra bouillant. On obtint par le refroidissement des aiguilles cristallines que l'on purifia par de nouvelles cristallisations dans l'alcool. En ajoutant de l'éther aux eaux-mères on en précipita encore une certaine quantité. Ces aiguilles sont de l'acide triméthylcarbinol glycuronique et diméthyl éthylcarbinol glycuronique.

Leurs sels de potasse ont pour formule $C^{10}H^{11}KO^7$ et $C^{11}H^{19}KO^7$. En distillant les sels de potasse avec de l'acide sulfurique, on dédouble la combinaison conjuguée en triméthylcarbinol et diméthyléthylcarbinol et en acide glycuronique.

$$(CH^3)^3\,COH + C^6H^{10}O^7 = C^{10}H^{18}O^7 + H^2O$$

Triméthylcarbinol Ac. glycuronique.

$$(CH^3)^2C(C^2H^5)OH + C^6H^{10}O^7 = C^{11}H^{20}O^7 + H^2O$$

Diméthyléthylcarbinol Ac. glycuronique. E. HARDY.

I. — Uber Fäulnissbasen (Ptomaine) aus Fischen [Sur les bases de la putréfaction (Ptomaïne) chez les poissons], par O. BOCKLISCH (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, Band XVIII, p.* 86, 1885).

II. — Ueber Fäulnissbasen (Ptomaine) aus Fischen, par O. BOCKLISCH (*Ibid. p.* 1922, 1885).

I. — Dans son mémoire (*R. S. M.*, XXVI, 39), Brieger a décrit une série

de bases qu'il isola de la morue (See dorsch) pourrie c'est-à-dire la neuridine $C^5H^{14}Az^2$ l'éthylène diamine, la muscarine et la gadinine $C^7H^6AzO^2$. Il était intéressant de savoir si d'autres poissons fournissent les mêmes bases. L'auteur laissa se putréfier 15 kilogrammes de perches (Barsche). Après 6 jours la bouillie fut agitée avec de l'eau ; de l'acide chlorhydrique fut ajouté jusqu'à une réaction faiblement acide, et le tout porté à l'ébullition.

Dès que la masse commença à s'échauffer, il se dégagea des gaz parmi lesquels on reconnut de l'acide carbonique et de l'hydrogène sulfuré. On filtra, et la solution fut évaporée en consistance de sirop. On reprit le résidu avec l'alcool, et après avoir filtré, on précipita avec une solution alcoolique de bichlorure de mercure. La solution fut filtrée, et le liquide fut débarrassé de l'alcool par la chaleur et du mercure par un courant d'hydrogène sulfuré. Le liquide, évaporé en consistance de sirop, fut repris par l'alcool absolu. La solution alcoolique donna avec le chlorure de platine un précipité assez abondant qui fut desséché et traité par l'eau bouillante. On obtint par le refroidissement des aiguilles cristallines que l'analyse fit reconnaître pour du chlorure de platine et de triméthylamine.

Le reste du chlorure de platine fut décomposé par l'hydrogène sulfuré ; on obtint le sel d'une base cristallisable, qui, précipité par le chlorure d'or, fournit une base que ses caractères physiologiques firent ressembler à la muscarine, et qui est vraisemblablement identique avec les ptomaïnes obtenues par Brieger.

Dans les eaux-mères, il se déposa un mélange de sels de platine qu'il fut difficile de séparer. On le décomposa par l'hydrogène sulfuré et on le transforma en sel d'or. On obtint un sel double d'or et de neuridine. Ce sel d'or non décrit jusqu'ici est assez peu soluble dans l'eau froide, et cristallise en courtes aiguilles d'une solution saturée. Dans le reste du sel d'or on parvint à isoler un sel de diméthylamine, et dans les eaux-mères on forma un sel de triméthylamine et de platine.

La solution privée de platine était encore toxique, mais l'auteur ne put en retirer aucune base déterminée.

II. — Dans le travail précédent, l'auteur a montré que la morue et les perches donnaient par la fermentation putride des produits différents. Depuis il a entrepris de nouvelles recherches sur les harengs, qui, comme on le sait, sont souvent, quand ils sont pourris, la cause d'empoisonnement. Il commença d'abord par chercher quelles sont les bases qui se trouvent dans la saumure du hareng. Malgré les travaux de Winkler, de Wertheim et de Tollens, ces bases ne sont pas encore suffisamment connues. On s'est contenté jusqu'à présent de distiller la saumure avec des alcalis et de recueillir les produits volatils, sans se demander s'ils ne provenaient pas de la décomposition de produits plus complexes.

Environ 30 litres de saumure furent acidulés par de l'acide chlorhydrique, portés à l'ébullition pour coaguler l'albumine et filtrés. Le liquide qui passa fut évaporé, et le sel marin qui se déposa enlevé à plusieurs reprises.

Enfin le sirop épais fut épuisé plusieurs fois par l'alcool. La solution alcoolique fut précipitée par une solution alcoolique de sublimé, et le précipité recueilli sur un filtre.

A. Le précipité formé par le sublimé fut mis à bouillir avec de l'eau et

le liquide filtré décomposé par l'hydrogène sulfuré. La matière brune fut purifiée en la dissolvant dans l'alcool et en la précipitant de nouveau par une solution alcoolique de bichlorure de mercure. Le précipité bouilli avec de l'eau et filtré donne par refroidissement un sel double de mercure insoluble, que l'on purifie par des recristallisations dans l'eau chaude On le transforma en sel double de platine et l'analyse montra que ce nouveau sel était un chlorure double de platine et de choline $(C^5H^{14}AzOCl)^2PtCl^4$. Les eaux-mères du sel double de mercure contenaient de la triméthylamine. En continuant l'évaporation, on obtint de la diméthylamine.

B. Solution filtrée après le bichlorure de mercure. On y trouve de la méthylamine, de la diméthylamine et de la triméthylamine.

30 livres de harengs furent abandonnées à la fermentation putride pendant 14 jours. Ils furent soumis au même traitement que la saumure. L'analyse du sel soluble de mercure transformé en sel de platine donna une substance de la formule $C^5H^{16}Az^2Cl^2.PtCl^4$. Ce corps est identique avec celui que Brieger a obtenu par la putréfaction des cadavres et qu'il a nommé *cadavérine;* le sel de platine dépose en prismes rhombiques. Le chlorhydrate de cadavérine décomposé par une solution de soude, hydrate de chaux, hydrate de baryte, donne la base libre. Elle possède l'odeur de la conine et n'est point vénéneuse.

Après la cristallisation du chlorhydrate de cadavérine, il reste dans les eaux-mères un sel plus soluble que l'on sépare en le transformant en sel d'or très peu soluble $C^4H^{12}Az^2.2HAuCl^4$. Ce sel contient deux molécules d'eau qu'il perd à 100°. Le chlorhydrate forme des aiguilles incolores qui ne se décomposent pas dans l'air humide. Il est soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool et l'éther. Ce corps a la composition de la putrescine de Brieger. Cette base traitée par l'acide nitreux donne la réaction du nitrosine de Liebermann. B... en a conclu qu'elle devait être regardée comme de l'éthylène diamine diméthylée.

Le liquide qui passa après la précipitation par le bichlorure de mercure contient de la méthylamine qu'on sépara à l'état de sel de platine. Il resta un autre sel de platine plus soluble qui cristallisa en tables et qui est vraisemblablement la gadinine de Brieger $(C^7H^{18}AzO^2)^2PtCl^4$.

Toutes les bases extraites dans ce travail ne sont pas vénéneuses. La cadavérine et la putrescine avaient déjà été obtenues comme produit de la fermentation des cadavres.

Leur proportion est variable suivant la durée de la fermentation. La cadavérine disparaît la première et est remplacée par la putrescine. Dans la fermentation des harengs on a trouvé de la méthylamine et de la triméthylamine qui n'avaient pas encore été signalées dans la fermentation d'autres poissons. E. HARDY.

Les ptomaïnes, par G. VANDEVELDE (*Archives de biologie, V, f.* 2, 1884).

Les recherches de Gautier et Etard sur le mécanisme de la fermentation putride des matières protéiques ont montré qu'au moment où se produit la fermentation putride il y a formation de ptomaïnes. Vandevelde s'est demandé si ces ptomaïnes étaient un produit d'oxydation résultant de l'activité bactéridienne en présence de l oxygène libre, ou si

leur formation était liée à un processus d'hydratation. En employant l'appareil d'Hoppe Seyler, il a soumis de la peptone à l'action de bactéries provenant d'une substance pancréatique en fermentation putride, toujours en présence d'oxygène libre en excès. De l'ensemble de son travail il résulte que les micro-organismes de la fermentation putride n'engendrent pas de ptomaïnes, aussi longtemps qu'ils vivent aux dépens de l'oxygène de l'air, et que ce n'est que par l'hydratation attaquant la molécule albuminoïde que se forment ces substances vénéneuses.

Dès que ces ptomaïnes sont formées, les micro-organismes qui leur ont donné naissance ne les détruisent pas s'ils peuvent vivre en présence de l'oxygène. Elles disparaissent si on laisse continuer l'hydratation à l'abri de l'air. F. H.

Beitrag zur Kenntniss der Eiweisskörper der Kuhmilch (Contribution à la connaissance des matières albuminoïdes du lait de vache), par John SEBELIEN *(Zeitschrift für physiologische Chemie, Band IX, p.* 445, 1885).

Hammerstens a montré que le sulfate de magnésie sépare une globuline du lait dont la caséine a été préalablement précipitée par le chlorure de sodium. Engling a reconnu plus tard que le passage d'un courant d'acide carbonique dans du petit-lait étendu précipite des flocons blancs, solubles dans des solutions de sel marin à 5 0/0, ce qui doit faire ranger cette substance parmi les globulines. L'auteur, sur le conseil d'Hammerstens, a repris cette étude.

Lorsqu'on a précipité la caséine du lait par le sel marin, il reste dans la solution une matière albuminoïde qui se coagule par la chaleur et qui retient un peu de caséine unie à du phosphate de chaux. Après avoir filtré, on obtient par l'addition du sulfate de magnésie un précipité floconneux. On le purifie en le pressant entre du papier, le dissolvant dans l'eau, d'où l'on le précipite de nouveau par du sulfate de magnésie; finalement on le dissout dans l'eau et on le soumet à la dialyse pour enlever complètement le sulfate de magnésie.

On dissout la globuline dans une solution de sel marin; cette solution se coagule à 75°. Elle présente tous les caractères de la lactoglobuline d'Hammerstens.

Lactalbumine. Pour l'obtenir, on enlève d'abord la caséine par le chlorure de sodium et la globuline par le sulfate de magnésie. On précipite par l'acide acétique à 1/2 0/0, comme le veut Hammerstens ou mieux seulement à 1/4 0/0. Le précipité a une consistance gélatineuse, on le rassemble sur un filtre et on l'exprime, puis on le dissout dans la soude, et on le purifie en répétant deux fois le traitement précédent, c'est-à-dire précipitation par le sulfate de magnésie, puis précipitation par l'acide acétique. On dissout ensuite dans l'eau, et on soumet à la dialyse. On obtient la lactalbumine pure.

La lactalbumine présente les caractères de l'albumine du sérum, mais son pouvoir rotatoire est plus faible.

Duclaux a considéré la lactalbumine comme une modification de la caséine.

L'auteur fit aussi des déterminations de soufre et de phosphore par la méthode proposée d'Hammerstens et arriva aux mêmes résultats. E. H.

Ueber die Assimilation des Eisens (Sur l'assimilation du fer), par **C. BUNGE** (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band IX, p.* 49).

Sous quelle forme le fer est-il résorbé et assimilé? Comment se forme l'hémoglobine?

Pour élucider cette question, l'auteur a cherché à déterminer l'état dans lequel se trouve le fer dans le lait et le jaune d'œuf. Cette recherche est difficile à faire avec le lait, elle est plus simple avec le jaune d'œuf.

Quand on épuise le jaune d'œuf par l'alcool, on obtient un premier extrait contenant un peu de fer; en continuant le même traitement, les nouveaux extraits obtenus au moyen de l'alcool ou de l'éther ne contiennent pas de fer. On doit en conclure que la combinaison du fer contenu dans le jaune d'œuf est insoluble dans l'alcool et l'éther. Le premier extrait en contenait seulement parce que l'alcool ne pouvait être anhydre à cause de l'eau qui se trouve dans le jaune d'œuf.

Dans le résidu, le fer ne se trouve comme sel inorganique ni de protoxyde, ni de peroxyde de fer, mais comme une combinaison organique; ceci résulte du fait que le fer est insoluble dans l'alcool. En effet, quand un précipité d'albumine contient un albuminate de fer artificiel ou du phosphate de fer, les plus petites traces de fer peuvent être enlevées par l'alcool chlorhydrique, et reconnues au moyen du sulfhydrate d'ammoniaque.

On parvient à isoler cette combinaison organique du fer de la manière suivante : on purifie avec soin le jaune d'œuf de l'albumine qui peut l'entourer, et on l'épuise par l'éther. Le résidu insoluble se dissout complètement dans l'acide chlorhydrique étendu à 1 0/00 en formant un liquide opalescent. On passe sur un filtre qui retient les parties membraneuses du jaune d'œuf. Le liquide filtré est mis en digestion avec du suc gastrique, obtenu en traitant l'estomac d'un cochon par de l'acide chlorhydrique à 2,5 0/00. A la température ordinaire il ne se fait aucune transformation; mais à la température du corps il se forme immédiatement un composé incolore qui se dépose sur les parois du vase. Ce précipité contient presque tout le fer; le liquide surnageant en renferme à peine.

On voit donc que le composé ferrugineux s'isole par l'action d'un ferment sur une matière beaucoup plus complexe.

On purifie la combinaison ferrique en la lavant avec de l'acide chlorhydrique très faible, puis avec de l'eau et faisant bouillir avec de l'alcool et puis de l'éther, et on répète plusieurs fois ce traitement. Le précipité qui reste forme une masse homogène, légèrement colorée en jaune, que l'on sèche à 110°. De 200 jaunes d'œuf, pesant 2,258 grammes, on sépara 54 grammes de cette combinaison ferrique.

Le fer n'y est renfermé ni comme sel de fer, ni comme albuminate de fer, mais sous forme d'une combinaison organique différente.

On ne trouve dans ce composé que des traces de Ca, Mg et Cl. On constate une absence complète d'alcalis, et une certaine quantité de phosphore. Ce fait rapproche ce composé de la nucléine. Cependant la nucléine décrite jusqu'à présent ne contient point de fer, mais ceci tient

peut-être à ce que pour la purifier on la dissout généralement dans les alcalis et que l'on précipite par l'acide chlorhydrique.

L'auteur propose pour cette substance le nom d'hématogène. Voici sa composition en regard de celle de la nucléine et de l'hémoglobine :

	Nucléine.	Hématogène.	Hémoglobine.
C	40,81	42,11	54,26
H	5,38	0,08	7,10
Az	15,98	14,73	16,21
S	0,38	0,55	0,54
P	6,19	5,19	(0,77 Po^5)
Fe	—	0,20	0,43
O	31,26	31,05	20,69

L'auteur pense que dans les aliments le fer n'existe pas en combinaison inorganique. Il s'y trouve sous une forme organique très complexe qui se produit pendant la végétation des plantes. E. HARDY.

Ueber das Vorkommen des Cholins im Hopfen (Sur la présence de la choline dans le houblon), par Peter GRŒSS et C. HARROW (*Berichte der deutschen chemischen Gessellschaft, Band XVIII, p.* 717, 1885).

La choline, nommée aussi sinkaline, neurine et amanitine, a pour formule

$$\left.\begin{matrix}(CH^3)^3 \\ C^2H^4OH\end{matrix}\right\} Az.OH.$$

Elle a été obtenue synthétiquement par Wurtz par l'action de l'oxyde d'éthylène sur la triméthylamine. Elle se trouve dans la plupart des organes et surtout dans le cerveau. Les auteurs l'ont rencontrée dans le houblon. E. H.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

I. — De la diathèse néoplasique, étude étiologique, par VERNEUIL (*Tribune méd., novembre* 1884).

II. — De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille, par RICARD (*Thèse de Paris*, 1885).

III. — Contribution à l'étude des tumeurs dites perlées, par GROSS (*Gaz. hebd. des sc. méd. Bordeaux*, 16 *novembre* 1884).

IV. — On the malignant metamorphosis of diseased tissue, par Theo M'GRAW (*Med. News*, 13 *septembre* 1884).

V. — Contribution à l'étude du chloroma ou cancer vert, par GADE (*Nordiskt med. Arkiv, n°* 19, 1884).

VI. — Cancer des glandes sudoripares, opération, récidive, généralisation, par VERCHÈRE (*Gaz. méd. de Paris*, 31 *janvier* 1885).

VII. — Épithélioma sudoripare de la région temporale et polyadénome des glandes labiales sur le même sujet, par VERCHÈRE (*Ibid.*, 7 *février* 1885).

VIII. — Contribution à l'anatomie des épithéliomas de la mamelle, par G. HERMANN et LESUR (*Journ. de l'Anat. et de la Phys., mars* 1885).

IX. — Étude anatomo-pathologique sur une tumeur du sein, par GENTILHOMME (*Union méd. du Nord-Est, mars* 1885).

X. — Infuenza delle verruche allo sviluppo degli epiteliomi cutanei, par D. GRECO (*Il Morgagni, I, n° 3*, 1885).

XI. — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires, par J. PÉROCHAUD (*Thèse de Paris*, 1885).

I. — Dans cette communication faite au congrès de Copenhague, Verneuil, s'inspirant de l'impuissance de la thérapeutique à l'égard de beaucoup de néoplasmes, en trouve les causes dans l'obscurité qui règne sur leur point de départ, et démontre qu'on n'instituera un traitement rationnel que le jour où l'étiologie en formera la base.

Après une critique des définitions des néoplasmes admises par les auteurs, Verneuil expose les caractères anatomique, physiologique, clinique et étiologique du néoplasme en général, du néoplasme vrai, qui constitue une famille pathologique naturelle, dans laquelle viennent se grouper de nombreuses affections, en apparence différentes, mais toutes reconnaissant une cause générale et commune.

Les néoplasmes, au point de vue de leur pathogénie, ne sont pas des entités distinctes ; ils ne naissent pas en vertu de multiples aptitudes plus ou moins spéciales de l'économie. Une seule préside à leur origine; il n'y a pas de diathèses, mais une diathèse néoplasique.

Pour étayer cette opinion, Verneuil rapporte de nombreux exemples qui prouvent que la diathèse néoplasique est héréditaire et peut se transmettre sous une forme anatomique semblable ou différente ; c'est ce que l'on observe à l'égard des familles. A l'égard des individus, même remarque doit être faite ; tantôt les néoplasmes, en se multipliant, sont de même nature ; tantôt ils sont nettement dissemblables.

En faveur de l'unicité de la diathèse, ne faut-il pas encore citer les exemples de néoplasmes hétérogènes ou polykystiques, dans lesquels on relève plusieurs espèces de tissus, ainsi que le cas de dégénérescences, variables suivant les âges, et les cas de récidive hétéromorphe ?

Après avoir discuté et réfuté certaines objections à cette conception de la néoplasie, Verneuil conclut « que l'hypothèse d'une diathèse néoplasique unique est vraisemblable ; qu'elle ne choque aucun principe de pathologie générale, puisque, en mainte autre circonstance, on voit une cause uniforme donner lieu à des effets très variés ; qu'elle permet enfin d'expliquer le polymorphisme anatomique et clinique des néoplasmes, tout aussi bien et plus simplement que l'hypothèse opposée. »

Quant à la cause primaire des néoplasmes, l'auteur, en s'appuyant sur de nombreux arguments qui ont trait à leurs affinités et à leurs incompatibilités, la rencontre dans l'arthritisme ; c'est de l'arthritisme que dérive la diathèse néoplasique.

De ces différentes considérations, il résulte que l'on peut donner du néoplasme cette définition : organe accidentel, définitif, superflu et

nuisible, constitué par l'hyperplasie d'éléments anatomiques et de tissus altérés morphologiquement et cliniquement sans doute. Siège d'une nutrition pervertie et désordonnée. Enfin, manifestation locale d'une diathèse particulière dérivant de la dyscrasie arthritique. OZENNE.

II. — Le but de ce travail est de prouver que tous les néoplasmes appartiennent à la même diathèse ; quelles que soient les différences qu'ils présentent dans leur structure, leur âge, leur siège et leur évolution, ils sont tous réunis par un lien commun ; c'est ce qui ressort nettement des faits nombreux et intéressants que l'auteur a rassemblés.

Le premier chapitre est consacré à la pluralité des tumeurs bénignes, dont les exemples ne font pas défaut. Dans le second, l'auteur s'occupe de la multiplicité des néoplasmes malins ; et il fait remarquer que, contrairement aux tumeurs bénignes, il est relativement rare d'observer la multiplicité des productions de mauvaise nature ; la cause en serait due au défaut de résistance, dont n'est plus capable l'organisme vieilli, et à la puissance rapidement destructive de cette variété de néoplasmes.

Dans le chapitre suivant, Ricard montre que toutes ces tumeurs peuvent coexister et se succéder sur le même individu, qu'elles peuvent à un moment donné se transformer ; et il cite à l'appui nombre de faits qui mettent au jour le lien commun, qui réunit les diverses catégories de néoplasmes.

Enfin, après avoir établi la coexistence de la succession, chez les différents membres d'une même famille, de néoplasmes différents de structure et de gravité, l'auteur en conclut que la sanction de ces faits multiples ne peut être fournie que par l'hypothèse de l'unité de la diathèse néoplasique.

III. — A l'occasion de deux observations de tumeurs perlées des doigts, développées l'une sur le pouce et l'autre sur le médius, l'auteur passe en revue certains points obscurs de cette affection. En quelques pages il en donne un historique critique, les considère sur les différents points (peau, muqueuses, os, iris, etc...) où elles se développent, et, leur symptomatologie décrite, insiste sur leur bénignité et sur leur pathogénie. A ce dernier point de vue, l'auteur entre dans quelques détails et relate les opinions des nombreux histologistes, qui s'en sont occupés. Des recherches auxquelles il s'est livré, Gross en déduit qu'il existe deux groupes de tumeurs perlées : 1° les tumeurs perlées d'origine traumatique, produites par des greffes épidermiques profondes (tumeurs de l'iris, peut-être des doigts) ; 2° les tumeurs perlées, d'origine congénitale (tumeurs des téguments, des os, de l'oreille). OZENNE.

IV. — L'auteur insiste sur les difficultés qu'apporte souvent au diagnostic la transformation des néoplasies bénignes en apparence en tumeurs malignes. Il cite à l'appui : trois cas où des ulcérations syphilitiques tertiaires de la langue subirent la dégénération épithéliomateuse ; deux cas où des angiomes se sont transformés en sarcomes ; un cas de squirrhe consécutif à des kystes simples, en apparence, de la mamelle ; enfin deux cas de sarcomes du fémur survenus à la suite d'une inflammation traumatique locale. A. CHAUFFARD.

V. — L'auteur rapporte l'observation d'une petite fille de cinq ans chez laquelle l'affection débuta par une enflure de la joue gauche et par des douleurs semblables à des maux de dents ; vinrent ensuite des douleurs d'oreilles,

de la surdité, de l'otorrhée et une exophtalmie progressive. La mort survint au bout de neuf semaines, dans le collapsus. A l'autopsie on trouva un dépôt de nombreuses tumeurs fibreuses, adhérentes au périoste du maxillaire supérieur gauche, d'un vert jaunâtre passant au vert grisâtre et d'une structure sarcomateuse. Il existait également des tumeurs sur la dure-mère, dans l'oreille interne, dans les orbites ainsi que dans la plupart des os des membres et des organes thoraciques ou abdominaux. La substance verte qui infiltrait ces néoplasmes se dissolvait dans le chloroforme ; l'auteur pense qu'elle provenait des granulations adipeuses qui infiltraient les éléments de la tumeur. C. GIRAUDEAU.

VI. — Femme de 42 ans, sans antécédents héréditaires. Il y a dix ans, apparition à la région lombaire d'une petite tumeur, roulant sous la peau, et présentant à sa surface une petite croûte noire qui, arrachée de temps en temps, se reproduisait toujours ; depuis un an et demi, augmentation rapide de la tumeur, qui atteint les dimensions du poing ; engorgement des ganglions inguinaux externes. En avril 1884, ablation de la tumeur et des ganglions. Cinq mois après, récidive au niveau de la cicatrice et dans les ganglions. En novembre, on constate, à la région lombaire, une tumeur ulcérée, à bords végétants, à fond sinueux, d'une largeur de huit centimètres ; dans la région inguinale, une ulcération de même nature et l'engorgement des glandes inguinales et iliaques. En outre, de l'œdème des membres inférieurs et de l'ascite révèlent l'envahissement du foie, et un épanchement pleural, la généralisation à la plèvre.

L'autopsie montre des noyaux cancéreux dans le péritoine, le foie, la plèvre, le poumon, etc.

D'après les données fournies par le microscope, l'auteur est amené à penser que ce carcinome a eu comme point de départ les glandes sudoripares et qu'il n'a pris une extension rapide que du jour où les parois de ces glandes détruites n'ont pu s'opposer à l'envahissement des parties voisines.

OZENNE.

VII. — Homme de 63 ans, arthritique, cardiaque, atteint de deux tumeurs, l'une à la région temporale (épithélioma sudoripare), datant de 25 ans ; et l'autre sur la lèvre inférieure, datant de quatre mois seulement. Cette dernière est constituée par une plaque dure, formant de gros mamelons sous la peau et la muqueuse et présentant une sorte de lobulation perceptible au toucher ; peau intacte ; légère ulcération irrégulière de la muqueuse. Pas d'engorgement ganglionnaire ; pas de douleurs. Ablation des deux tumeurs, dont l'examen microscopique montre que la lésion primitive siège dans les glandes, et que les seules différences constatées tiennent uniquement à l'âge des néoplasmes. OZENNE.

VIII. — Il y a, pour la mamelle, deux espèces de tumeurs qui sont incontestablement plus fréquentes que toutes les autres ; ce sont les tumeurs épithéliales et les hypertrophies glandulaires. Comme les phénomènes morbides ne sont que des modifications des phénomènes normaux, on comprend facilement pourquoi les hypertrophies glandulaires occupent une place si considérable dans la pathologie de la mamelle, puisque cette glande n'atteint son plein développement que bien après la naissance, puisqu'elle ne fonctionne que d'une manière intermittente, et présente alors des phénomènes de développement qu'on n'observe sur les autres glandes que pendant la vie embryonnaire. La fréquence des tumeurs épithéliales s'explique également par le rôle important dévolu aux épithéliums dans le fonctionnement de la mamelle.

Parmi les tumeurs glandulaires du sein, Hermann et Lesur distinguent : l'*hypertrophie glandulaire vraie*, portant sur les deux glandes ;

les *adénomes*, caractérisés par la formation, dans l'un des seins seulement, par la formation nouvelle d'éléments glandulaires qui le plus souvent rappellent l'état embryonnaire de la glande ; enfin les *tumeurs adénoïdes* ou hypertrophies glandulaires modifiées et déformées par l'hyperplasie consécutive du tissu conjonctif ; ces dernières tumeurs, qui répondent aux *cysto-sarcomes* des auteurs, ne représentent en somme qu'une phase évolutive ultérieure de certains adénomes. Cette manière de voir réduit à peu de chose le groupe des tumeurs de tissu conjonctif, que Hermann et Lesur font entrer presque en totalité dans les tumeurs glandulaires : « Il n'y a là, disent-ils, qu'une question d'interprétation, car nous pensons que chaque unité (acinus) glandulaire ne se compose pas seulement de l'épithélium et de la paroi propre, mais qu'elle comprend aussi le tissu conjonctif intralobulaire avec son réseau vasculaire, etc... »

Quant aux épithéliomas, dont Hermann et Lesur s'occupent spécialement, ils sont bien différents des tumeurs précédentes, tant par leur structure que par leur évolution ; en effet, ces auteurs groupent sous cette dénomination, outre les néoplasmes connus sous le nom d'épithéliomas, de cancroïdes glandulaires, etc., toutes les tumeurs que l'on réunit habituellement sous la rubrique de *carcinomes*. Toutes les fois qu'on trouve des formations épithéliales ailleurs que dans la glande elle-même, on sera, disent-ils, en présence d'un épithélioma ; c'est donc sur l'hétérotopie constatée qu'ils s'appuient pour définir nettement la classe des épithéliomas et pour séparer ceux-ci des adénomes ; et comme l'expérience apprend que tout épithélioma qui franchit les limites de la glande normale est susceptible de se reproduire dans les ganglions, ils pensent ne devoir faire aucune distinction au point de vue de la valeur diagnostique entre ces deux modalités de l'hétérotopie.

Après ces indications générales sur l'esprit de ce mémoire considérable, nous devons borner notre analyse à l'indication suivante des titres des principaux chapitres : description générale des épithéliomas à la période intraglandulaire ; période des formations épithéliales hétérotopiques ; propagation de l'épithélioma, zone d'envahissement, tumeurs métastatiques (le mot métastase est employé dans le sens de transport de substances pathologiques allant constituer ailleurs de nouvelles lésions) ; phases ultimes de l'évolution épithéliale ; rapports des épithéliomas avec les adénomes.

Ajoutons que, de l'aveu des deux auteurs, cette division anatomique des tumeurs du sein d'origine glandulaire en adénomes et en épithéliomas ne correspond pas exactement à celle des cliniciens en tumeurs bénignes et malignes. En effet, certains épithéliomas restent longtemps confinés dans l'intérieur de la glande, constituant là des tumeurs lobulées qui présentent souvent toutes les apparences de la bénignité ; et d'autre part les adénomes et les tumeurs adénoïdes affectent assez souvent une certaine malignité locale, principalement lorsqu'il y a production abondante de tissu fibro-plastique, d'où le développement de néoplasmes volumineux qui s'ulcèrent largement, envahissent profondément les parois thoraciques et occasionnent des désordres très étendus. M. DUVAL.

IX. — Mme X..., âgée de 38 ans, a eu six enfants ; elle n'a jamais pu donner à teter du sein droit ; après l'accouchement le sein gonflait, mais l'allaitement

n'était pas possible à cause de la rétraction du mamelon; ce vice de conformation était antérieur au mariage. Elle se rappelle avoir reçu autrefois un coup violent sur le sein droit; depuis deux mois elle souffre du sein; on trouve le mamelon rétracté; au centre de la glande est une tumeur dure du volume d'un œuf, inégale, se confondant à la périphérie avec les parties voisines; pas d'adénite axillaire. L'ablation totale du sein fut pratiquée, et la plaie, longue de 20 centimètres, guérit en 24 jours.

L'examen de la tumeur montra :

1° Un foyer central de ramollissement contenant une matière liquide, grise, formée de granulations graisseuses, de cellules altérées ou embryonnaires — la cavité était inégale ;

2° A l'entour un tissu lardacé, épais par endroits de plusieurs centimètres; blanc grisâtre, lisse; en quelques endroits sourdent des gouttes de lait; au microscope on voit qu'il s'agit d'un tissu fibreux parfaitement organisé renfermant des groupes d'éléments glandulaires en forme d'acini, ou des tubes coupés en travers, normalement constitués, et de nombreux pelotons adipeux. Le reste de la glande est sain.

L'auteur admet une tumeur fibro-cystique ; la sclérose du sein a été consécutive au traumatisme et à un petit épanchement sanguin. H. L.

X. — L'auteur, dans 5 cas d'épithélioma cutané siégeant à la région mammaire, sur la paupière supérieure, au lobule du nez (2 fois), et à la face interne de la cuisse, a pu remonter à l'origine de la tumeur et a constaté que le point de départ était une verrue qui avait été irritée. D'après lui, la seule cause bien démontrée jusqu'ici des épithéliomas cutanés est la présence de verrues qui dégénèrent à la suite d'une irritation, mais quelquefois spontanément sans avoir subi aucun traumatisme.

F. H.

XI. — L'auteur a examiné 13 tumeurs de la parotide et comparativement une tumeur de la sous-maxillaire et deux de la lèvre. Il rejette absolument l'opinion de Velpeau qui faisait débuter les tumeurs de la loge parotidienne dans les ganglions. Il n'admet pas qu'on puisse admettre pour les glandes salivaires deux variétés bien séparées de tumeurs, les unes bénignes, les autres malignes; il pense avec Billroth, Duplay, Verneuil, Planteau, que ces tumeurs sont toutes mixtes et contiennent à la fois des éléments conjonctifs et des éléments épithéliaux. Les éléments conjonctifs peuvent se présenter sous diverses formes (tissus fibreux, muqueux, cartilagineux, osseux, élastique).

Dans certains cas, le tissu conjonctif peut prédominer et étouffer presque complètement l'élément épithélial. Mais le plus souvent les masses épithéliales restent en grand nombre et peuvent, à un moment donné, proliférer et arriver à former la partie principale de la tumeur. Celle-ci, bénigne d'abord, prend alors un caractère malin. Le pronostic dépend donc de la prédominance prise par tel ou tel élément de ces tumeurs. De toute façon il faut enlever ces tumeurs qui contiennent toutes des éléments de malignité même quand elles ont une marche bénigne. En cas de récidive, la tumeur nouvelle est toujours plus grave que la tumeur primitive. P. GALLOIS.

Note sur le gliome neuroformatif et l'équivalence nerveuse de la névroglie, par J. RENAUT (*Gaz. Méd. de Paris, n° 52, 27 septembre* 1884).

Sous le nom de gliome neuroformatif l'auteur désigne des tumeurs

formées par une prolifération abondante de la névroglie des centres nerveux, et constituant de véritables ganglions nerveux adventices. Dans le dernier cas observé, la tumeur développée dans le centre ovale gauche avec prolongements dans la circonvolution frontale ascendante, offrait un centre gélatineux et une écorce dure; elle était cloisonnée par une grande quantité de travées vasculaires et nerveuses, le long desquelles étaient appendus des nodules jaunâtres, de forme variable. L'écorce, blanche et ferme, était constituée par une trame névroglique, formée de fibres entre-croisées en différents sens, et par des cellules fixes identiques aux cellules de la névroglie de l'homme et des animaux supérieurs. Les unes sont dépourvues de protoplasma; les autres en contiennent ainsi que des noyaux, et chacune d'elles présente un ou plusieurs prolongements.

A mesure que l'on se rapproche du noyau central gélatineux, on voit ces prolongements s'anastomoser de plus en plus et former un réseau continu très délicat. Les cellules subissent aussi différentes modifications, et quelques-unes d'entre elles, réunies en groupe, en grains jaunes, constituent de véritables ganglions nerveux néoformés, d'où se dégage un faisceau de fibres nerveuses bien constituées.

D'après l'auteur, l'étude du rapport de la névroglie et de ces cellules conduit à considérer la névroglie comme possédant la neurilité à l'état latent, et susceptible de la développer sous certaines conditions. OZENNE.

Weitere Beobachtungen über die Theilungsvorgänge... (Nouvelles observations sur la division des cellules de la moelle et des globules blancs), par Julius ARNOLD (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVII, Heft, 1, p. 107*).

Pour l'étude du sang, Arnold prend une goutte de sang, l'étend dans 1 ou 2 centimètres cubes d'une solution à 6 0/00 de vert de méthyle chlorhydrique qui altère très peu les éléments tout en les colorant. L'addition de chlorure d'or à 0,25 0/0 au vert de méthyle colore encore mieux les filaments des noyaux, mais laisse les globules rouges se décomposer plus rapidement. L'auteur n'admet pas le procédé d'Ehrlich qui colore le sang desséché sur une lamelle, procédé employé par Loewit. Pour l'étude des cellules de la moelle du lapin, Arnold emploie les mêmes procédés de coloration que pour le sang, en ayant soin de dissocier le plus possible les fragments de moelle qu'il veut étudier.

Il examine d'abord les phénomènes de division du noyau dans les cellules géantes de la moelle. Les figures qui accompagnent son travail permettent de suivre ce processus, qu'il distingue en quatre phases.

Dans la première, la substance chromatique du noyau augmente, les filaments chromatiques en plus grand nombre forment des pelotes ou des réseaux. A la fin de cette période, il se fait une division plus ou moins régulière de la substance chromatique. Dans la deuxième phase, le noyau sensible semble se replier un nombre de fois plus ou moins considérable (de 1 à 3 ou 4 plis) le noyau présente alors une apparence lobulée plus ou moins compliquée. Dans la troisième phase, la substance chromatique tend à former des masses qui s'isolent, laissant entre elles une sorte de réseau plus faiblement coloré. Enfin dans la quatrième phase, les masses de substance chromatique s'isolent davantage et prennent de plus en

plus l'apparence d'un noyau de nouvelle formation. Les réseaux qui les unissaient ont une apparence fibrillaire très manifeste, l'apparence fibrillaire se voit aussi sur les noyaux eux-mêmes.

L'auteur en conclut que le processus de division nucléaire dans les cellules géantes de la moelle est le processus de la « fragmentation multiple indirecte ». Il retrouve ce même processus dans les petites cellules de ce même organe ; celles-ci présentent surtout le type dichotomique de cette fragmentation indirecte.

L'auteur a retrouvé dans le sang leucémique des globules avec des noyaux offrant la même apparence, il en conclut que ces leucocytes subissent également la division indirecte, leurs noyaux ressemblent à ce que l'on a appelé les noyaux « polymorphes » des globules blancs.

L'auteur discute alors les opinions de Loewit. Celui-ci pense que le processus normal pour les globules blancs est le processus de la fragmentation directe. Pour lui le processus de fragmentation indirecte ne se rencontrerait que sur les types inférieurs des globules rouges munis de noyaux ou sur des globules en voie de destruction dégénérative. Par contre Flemming et Peremeschko admettent pour le globule blanc la division indirecte. Arnold arrive à cette conclusion éclectique que le mode de la fragmentation indirecte étant le mode habituel de division nucléaire des globules blancs, il se peut cependant que l'on observe aussi la fragmentation directe ; il ne sait pas quel rôle joue l'un ou l'autre de ces deux modes. Il pense que l'augmentation de nombre des globules blancs se fait surtout dans la rate, les ganglions et la moelle des os, mais qu'elle se fait aussi dans d'autres organes, peut-être même dans le sang en circulation. Les cellules à noyaux polymorphes peuvent dégénérer, mais on ne peut dire que cette apparence soit bien une lésion de dégénérescence ; il pense que c'est une phase de l'évolution de la fragmentation indirecte.

Loewit arrivait à cette conclusion que les leucocytes ne se segmentaient que par division *directe* tandis que les globules rouges et leurs formes inférieures munies de noyaux et privées d'hémoglobine ne se divisaient que par fragmentation indirecte. Arnold pense que cette opinion manque de fondements suffisants. P. GALLOIS.

Ueber das Verhalten des Knochenmarkes in verschiedenen Krankheitszuständen, par M. GROHÉ (*Berliner klinische Woch.*, nº 15, p. 227, 14 avril 1884).

Les nouvelles recherches de Grohé qui ont porté sur 431 cas d'affections diverses, dont 157 phtisiques, l'ont amené aux résultats suivants.

La moelle lymphoïde, dans les os longs, est plus commune et plus caractéristique dans les maladies chroniques qui entraînent le marasme et l'émaciation extrême, telles que la phtisie (119 fois sur 157), le cancer (12 fois sur 19) et les suppurations osseuses (18 fois sur 24). Parmi les maladies aiguës, elle est plus rare quand la mort est rapide que lorsque l'évolution est traînante et s'accompagne d'un amaigrissement considérable.

Elle est exceptionnelle dans les maladies organiques du cœur (3 fois sur 26).

Les affections du cerveau et de la moelle épinière n'offrent rien de

spécial. Quand la marche aiguë n'est pas incompatible avec la conservation d'un certain embonpoint, on trouve dans les os longs de la moelle graisseuse hyperémique ; dans les cas opposés, de la moelle lymphoïde, rouge.

Dans tous les cas d'affections puerpérales, au nombre de 5, la moelle osseuse était lymphoïde.

Des deux cas d'anémie pernicieuse progressive, l'un offrait une moelle lymphoïde, l'autre une moelle graisseuse.

Sur 18 fièvres typhoïdes, 14 avaient une moelle lymphoïde dans les os longs; sur 22 cas de pneumonie, 2 seulement; sur 15 affections du foie, 7, et sur 13 affections rénales, 4.

Selon Grohé, les hématies dérivent des globules rouges nucléés dont le noyau a disparu ; durant la vie embryonnaire, c'est le foie; après la naissance, c'est la moelle rouge, lymphoïde, qui est le foyer principal de leur formation.

En adoptant, au contraire, l'ancienne théorie de G. Zimmermann, Hayem et Pouchet aboutissent à cette opinion paradoxale que l'hématopoïèse de l'embryon et celle de l'enfant après la naissance sont deux processus fondamentalement différents, bien que dans tout le cours du développement les globules sanguins nucléés soient complètement identiques.

Comme Ponfick, Grohé admet en outre que la moelle osseuse joue un rôle important dans la destruction des globules.

Au sein de la moelle osseuse, le sang subit un processus en vertu duquel ses éléments les plus importants, les globules rouges, périssent et se reproduisent. Quand ces globules sont devenus vieux, ils sont pris par les cellules de la moelle en donnant ainsi naissance aux cellules à globules sanguins. Dans ces dernières cellules a lieu ensuite la transformation pigmentaire. Ce pigment est employé à la formation des jeunes globules sanguins rouges, sans noyaux qui, comme chez l'embryon, sont l'origine des globules sanguins nucléés. J. B.

Mikroskopische Untersuchungen einiger Lebensvorgänge des Blutes (Recherches microscopiques sur quelques processus vitaux du sang), par LAVDOWSKY (*Arch. f. path. An. u. Phys., XCVII, Heft* 2, *p.* 177).

C'est la deuxième communication que fait l'auteur sur ce sujet. (Voyez *R. S. M.*, XXV, 450.) L'auteur étudie cette fois avec soin la diapédèse et fait remarquer que ce phénomène existe non seulement pour les leucocytes mais aussi pour les globules rouges, cependant il y a des différences sensibles dans la façon dont chacun de ces éléments effectue son émigration. Cette diapédèse s'observe physiologiquement, ce n'est donc pas seulement un fait pathologique lié à l'inflammation. Une fois hors des vaisseaux les leucocytes remplissent une véritable fonction, ils forment les éléments lymphoïdes du tissu adénoïde, les cellules plasmatiques de Waldeyer ou les cellules d'engrais (Mastzellen) d'Ehrlich. La diapédèse des globules rouges que l'auteur décrit le premier se verrait surtout dans la rate et les autres glandes vasculaires sanguines ainsi que dans la moelle rouge des os.

Pour observer ces émigrations, l'auteur a examiné les mésentères ou les poumons de grenouilles et d'amphibies, plus souvent l'épiploon des

mammifères ordinaires des laboratoires. Pour conserver les pièces intéressantes, l'auteur les fixait avec l'acide osmique, le sérum iodé ou l'acide picrique, et colorait à l'éosine associée, soit au vert de méthyle, soit à l'hématoxyline.

Emigration des leucocytes. — Cohnheim, qui a décrit le premier la diapédèse, n'a pas attribué aux leucocytes une activité suffisante; il pense que c'est la pression sanguine qui détermine la sortie des globules blancs; il a dit cette phrase : « Sans pression, pas de diapédèse. » C'est une erreur pour Lavdowsky. Celui-ci pense que la diapédèse est due uniquement aux mouvements actifs des globules blancs. En effet, ceux-ci se déplacent dans l'intérieur des vaisseaux dans un sens souvent différent de la direction du courant sanguin. Arnold, Binz et d'autres pensent que les leucocytes ne peuvent franchir les parois vasculaires qu'autant que celles-ci sont altérées. Cela est possible, mais le fait le plus important, c'est l'activité propre de la cellule lymphatique. En effet, une injection de sel marin dans le sang, qui supprime les mouvements amiboïdes et la formation des pseudopodes, empêche aussi la diapédèse. Les leucocytes commencent par se fixer à la face interne de la paroi vasculaire au moyen d'un seul pédicule court et épais; il est plus rare de les voir adhérer au moyen de pédicules multiples. Quand le courant sanguin est violent, ce pédicule unique est étiré, la cellule entraînée ressemble à une « barque attachée par une chaîne au bord d'une rivière » (Ranvier). L'auteur a étudié surtout les leucocytes à grosses granulations, lesquels sont plus mobiles. Le pseudopode qui se fixe à la paroi est d'abord homogène, puis il perfore cette paroi, alors on peut voir successivement les granulations passer du corps de la cellule dans le pseudopode qui augmente ainsi de volume, à la fin toute la cellule se trouve avoir franchi la paroi. Ce fait démontre bien pour Lavdowsky que la diapédèse est le fait d'une locomotion spontanée de la cellule. Le temps employé au passage varie de huit minutes à une demi-heure et même plus. Les phénomènes de diapédèse se voient non seulement à travers les parois des veines, mais aussi à travers celles des lymphatiques. Une figure montre en effet des leucocytes franchissant successivement les parois d'une veine et de la gaine lymphatique qui l'entoure.

Diapédèse des globules rouges. — Les mouvements des globules rouges ne semblent pas être de vrais mouvements amiboïdes ; Lavdowsky pense que leur diapédèse nécessite une intervention mécanique extérieure. Ils se déforment considérablement en franchissant les parois, ils se coudent, se fragmentent, prennent des apparences très curieuses d'étoiles ou de rosettes ; ces apparences se montrent également pendant la coagulation. L'auteur pense que dans ce dernier cas la fibrine étrangle le globule comme le fait la paroi pendant la diapédèse. Les globules, pour sortir, passent entre les cellules endothéliales, ils s'infiltrent donc au travers du ciment intercellulaire qui les unit. Les globules rouges ne pourraient sortir que par les orifices laissés par la diapédèse des globules blancs, quelquefois même on peut voir deux globules, l'un blanc l'autre rouge, engagés à travers le même pore de la paroi.

L'auteur se demande ensuite ce que deviennent les globules blancs ainsi sortis des vaisseaux. Metchnikow pense que les globules blancs absorbent et s'assimilent les particules solides ; Zawarykin admet qu'ils

absorbent surtout les granulations graisseuses. Cette dernière opinion, exacte, n'est pas assez complète, l'auteur préfère celle de Metchnikow. Ce dernier attribue en outre aux leucocytes une action dans la destruction de divers éléments de l'organisme ou provenant de l'extérieur; il les appelle « phagocytes ». Enfin il est vraisemblable qu'ils ont un rôle formateur, que ce sont de véritables cellules plasmatiques. Ce seraient les globules blancs émigrés qui, dans les os, formeraient les ostéoplastes; peut-être agiraient-ils également dans la reconstitution des épithéliums, mais c'est une hypothèse que l'auteur n'ose trop affirmer et qui demande de nouvelles recherches (*R. S. M.*, XXV, 69). P. GALLOIS.

Sur un cas d'épithélioma de la glande de Cowper, par PAQUET et G. HERMANN (*Journal de l'Anat. et de la Physiol., n° de décembre* 1884).

Cette tumeur, de forme assez régulière, du volume d'une noisette, ne présente tout d'abord, à l'examen microscopique avec un faible grossissement, rien qui rappelle la structure normale de la glande de Cowper. Elle est essentiellement constituée par des formations épithéliales agglomérées en masses compactes, formant des lobes arrondis. Dans les lobes les plus volumineux, ces masses épithéliales ne diffèrent pas sensiblement, par leur aspect, de celles qui composent la plupart des épithéliomas glandulaires ou cancroïdes des téguments (épithéliomas dits tubulés); les cellules épithéliales sont assez petites, de forme polyédrique, à gros noyaux arrondis, munis souvent de nucléoles volumineux et brillants. Un certain nombre de cylindres épithéliaux présentent des cavités microcystiques, dont quelques-unes présentent un développement considérable et des dispositions très remarquables : en effet le stroma de la tumeur émet des prolongements qui s'enfoncent dans l'intérieur des formations épithéliales, y forment des renflements arrondis, et tendent à comprimer et faire disparaître peu à peu les éléments épithéliaux; en un mot, il s'est produit ici cette substitution qui a été décrite par Malassez sous le nom d'*envahissement myxomateux* de l'épithélioma, car les corps oviformes sus-indiqués présentent la réfringence et l'homogénéité qui caractérisent la transformation dite *hyaline* du tissu conjonctif. M. DUVAL.

Ueber die im Bronchialsecret vorkommenden Spiralen (Sur les spirales que l'on rencontre dans les sécrétions bronchiques), par CURSCHMANN (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXVI, Heft* 6, *p.* 578).

De même que Vierordt, Jaksch, Vincenzo et Pel, l'auteur est d'avis que les spirales qu'il a décrites dans l'asthme peuvent se rencontrer dans la pneumonie fibrineuse. Ces spirales peuvent se trouver en rapport avec la bronchiolite propre à l'asthme spasmodique, lorsque la pneumonie survient chez des asthmatiques. Souvent alors elles renferment des cristaux de Charcot. Ces cristaux semblent se produire par le fait d'une lente transformation des spirales; ils n'existent donc pas dans les cas récents de bronchiolite et leur présence indique une longue durée antérieure de l'affection.

Toutefois, dans la pneumonie, il se rencontre des spirales beaucoup plus rares qui ne renferment pas de filament central. Elles doivent être soigneusement distinguées des spirales de la bronchiolite des asthma-

tiques ; elles sont constituées par des masses fibrineuses moulées dans les bronches de petit calibre. Elles manquent du filament central qui résulte dans l'asthme de l'apparence optique due à la stratification successive des couches superposées de mucus concrété.

ALBERT MATHIEU.

Mischinfection von Tuberkelbacillen und Pneumonie-Mikrokokken, par J. SAMTER (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 25, *p.* 388, 23 *juin* 1884).

Cuisinier âgé de 65 ans, profondément cachectique, ayant une diarrhée sans cesse récidivante, de la toux avec expectoration insignifiante et une absence complète de signes physiques.

L'état général s'était considérablement amélioré, lorsqu'un jour le malade rendit un crachat rappelant un peu l'aspect de ceux de la pneumonie. L'examen microscopique y révéla l'existence côte à côte de bacilles tuberculeux et de microcoques pneumoniques.

Ce malade ayant succombé trois jours plus tard, on trouva dans les poumons de la tuberculose chronique, une pneumonie au premier degré avec poussée de tubercules miliaires. J. B.

Cancroid in einer Lungencaverne, par FRIEDLAENDER (*Fortschritte der Medicin*, *n°* 10, 1885).

Chez un individu mort de tuberculose pulmonaire, Friedländer trouva à l'autopsie une tumeur dans l'intérieur d'une caverne du poumon gauche; s'insérant sur la paroi même de la caverne par une large base, elle s'effilait pour pénétrer dans la bronche voisine, et reprenait au niveau de la bifurcation de la trachée, où elle se terminait en volume assez considérable. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un cancroïde, c'est-à-dire d'un carcinome avec cellules épithéliales stratifiées, au milieu desquelles on remarquait l'existence de perles épidermiques; le stroma lui-même était formé par du tissu fibreux, pauvre en vaisseaux. Il s'agissait bien du reste d'une tumeur primitive, sans généralisation aucune : car les ganglions lymphatiques, les viscères étaient sains.

La présence d'un tissu épithélial étant indispensable pour qu'il se forme une tumeur de cette espèce, il faut admettre, en l'absence d'épithélium sur la face interne de la caverne, que ce néoplasme avait pris naissance sur la paroi de la bronche voisine. Il est à noter que l'épithélium qui recouvrait la face interne de la bronche avait perdu ses caractères nouveaux pour prendre ceux de l'épithélium pavimenteux stratifié. D'autres auteurs ont en effet décrit la formation de cellules pavimenteuses au niveau d'ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques de la trachée et des bronches. W. ŒTTINGER.

Zur Pathologie des Rückenmark-Abscesses (De l'abcès de la moelle), par NOTHNAGEL (*Soc. des méd. de Vienne*, 22 *février* 1884).

Un sujet, atteint de dilatation bronchique, est admis à la clinique le 23 avril. Il raconte qu'il a éprouvé le 20 des douleurs en ceinture, le 21 de la rétention d'urine, et le 22 il avait de la parésie des membres inférieurs. L'auteur constate une paraplégie avec anesthésie de la moitié inférieure du corps, il diagnostique une myélite suraiguë suppurée de la moitié inférieure de la moelle. La mort survient rapidement. On trouve, à l'autopsie : méningite cérébrale suppurée, plusieurs abcès du cerveau, méningite spinale suppurée. De plus, la moelle dorso-lombaire est tuméfiée et fournit, à la coupe, du pus fétide.

La suppuration putride des poumons peut donc avoir pour conséquence, non seulement la méningo-encéphalite suppurée dont l'auteur a observé plusieurs exemples, mais la méningo-myélite avec abcès de la moelle.

L. GALLIARD.

Note sur les modifications du système nerveux chez un amputé, par G. HAYEM et A. GILBERT (*Archiv. de physiologie*, 15 *mai* 1884).

Le sujet qui fait l'objet de cette étude, ayant eu l'avant-bras pris dans un engrenage, avait subi en 1876 l'amputation du bras droit. Entré à l'hôpital, en 1881, avec les signes d'une tuberculisation pulmonaire commençante, il y est mort en 1883, à l'âge de 47 ans, sans avoir présenté aucun phénomène nerveux particulier.

A l'autopsie, le cerveau n'a offert aucune trace d'atrophie, ni d'asymétrie; la moelle épinière, les racines rachidiennes et les nerfs du moignon avec leurs névromes terminaux ont présenté les particularités suivantes :

Névromes. — Les névromes étaient formés de tissu fibreux, et d'innombrables fascicules de petits tubes nerveux possédant un cylindraxe recouvert d'une mince couche de myéline.

La continuité de ces fascicules nerveux avec les tubes des nerfs amputés, de même que la direction des fascicules nerveux au sein des névromes démontrent que ces tumeurs constituent l'ébauche d'un travail régénérateur. Après l'amputation, les moignons nerveux bourgeonnent activement, et ainsi que le fait le segment central d'un nerf sectionné, ils engendrent à leurs extrémités des pinceaux de tubes fins qui s'élancent dans une direction centrifuge. Mais ici, le bout phériphérique fait défaut, et la limite extrême est bientôt atteinte; les tubes néo-formés se replient alors en anse, s'enroulent et se contournent, cherchant une issue au milieu du tissu fibreux qui émane comme eux des tronçons nerveux. C'est de cette intrication de bourgeons nerveux et conjonctifs que résultent les tumeurs terminales des nerfs dans les moignons d'amputés.

Nerfs. — Les différents nerfs du membre amputé ne présentaient point des modifications macroscopiques et microscopiques identiques. Le radial était diminué de volume et le médian avait conservé son calibre normal.

Ces deux nerfs, à l'examen histologique, étaient remarquables par l'atrophie de l'élément parenchymateux. Les tubes nerveux y étaient diminués de nombre et de calibre. L'amoindrissemement plus ou moins marqué des fibres nerveuses était principalement lié à l'amaigrissement du manchon de myéline, mais il était évident aussi sur un grand nombre de tubes que le cylindraxe était devenu d'une extrême gracilité. Le vide créé par l'atrophie des tubes nerveux était comblé par le développement du tissu conjonctif intra-fasciculaire qui était ainsi un peu plus abondant qu'à l'état normal.

Le cubital augmentait progressivement de diamètre depuis le plexus brachial jusqu'au névrome terminal aux approches duquel il était deux fois plus volumineux que le cubital sain. Au microscope, il montrait deux sortes de tubes nerveux : des tubes semblables à ceux du médian et du radial et des fascicules de petits tubes semblables à ceux des névromes.

Pour expliquer les faits observés, il faut donc admettre qu'aux lésions d'atrophies communes aux différents nerfs du moignon sont venus s'ajouter dans le cubital seul des phénomènes de dégénération suivis de régénération.

Racines rachidiennes. Les racines rachidiennes antérieures et postérieures correspondant au plexus brachial du côté amputé étaient atrophiées. L'étude histologique permettait de reconnaître qu'à ces modifications macroscopiques répondait l'atrophie et la disparition d'un certain nombre de tubes nerveux.

Moelle épinière. Contrairement à toutes les prévisions, la substance blanche de la molle épinière était plus développée du côté amputé que du côté sain, sauf dans le cordon supérieur. Il est certain cependant qu'intermédiaire aux racines rachidiennes et à la substance grise, également atrophiées, la substance blanche devrait être amoindrie. Pour expliquer cette anomalie, on peut supposer que l'atrophie des cordons blancs liée à l'amputation a été masquée par une inégalité antécédente des deux moitiés de la substance blanche de la moelle épinière.

La substance grise était atrophiée du côté amputé dans tout le segment de la moelle qui donne naissance au plexus brachial. A ce niveau, le nombre des cellules nerveuses des différents groupes était remarquablement diminué : il équivalait en moyenne au quart ou au cinquième du nombre des cellules du côté sain. Une recherche minutieuse avec un très fort grossissement permettait assez souvent de retrouver des traces des cellules disparues : quelques-unes marquaient leur présence par un petit corps informe et granuleux ; la plupart étaient simplement atrophiées dans leurs différentes parties constituantes. Il est logique de supposer que les cellules disparues en totalité ou privées de prolongements correspondent aux tubes dégénérés et disparus des racines et des nerfs, et que les cellules atrophiées dans leurs différentes parties constituantes correspondent aux tubes atrophiés et pourvus d'un cylindraxe grêle.

Les cellules, qui dans le segment atrophié avaient conservé de grandes dimensions, étaient devenues arrondies et globuleuses ; leurs prolongements étaient peu nombreux, amincis, et ne s'inséraient plus par des pédicules coniques, mais directement sans changement dans leur calibre. Elles étaient vraisemblablement saines, et en continuité avec des tubes nerveux sains, elles n'avaient sans doute subi qu'indirectement l'influence de l'amputation, en perdant par atrophie liée au non-fonctionnement les prolongements protoplasmiques destinés à les mettre en connexion avec les cellules disparues.

A. GILBERT.

Absence complète d'atrophie du système nerveux central chez un amputé, par SUZANNE (*Journal de méd. de Bordeaux*, 29 *mars* 1885).

A l'autopsie d'un homme de 57 ans, mort de tuberculose pulmonaire et amputé de la cuisse trente ans auparavant, l'auteur a noté les faits suivants : atrophie des nerfs et des racines antérieures de la moelle, d'où partent les nerfs du membre amputé. Dans la région lombaire, le côté droit de la moelle ne lui a point paru diminué de volume ; il n'y a pas non plus constaté de cordon grisâtre. Il en a été de même des diverses coupes pratiquées sur la moelle dans les régions dorsale et cervicale. Les coupes pratiquées sur le bulbe, la protubérance et les pédoncules ne lui ont pas montré la plus petite diminution de volume. Enfin l'examen de l'hémisphère cérébral gauche ne lui révéla pas d'encoche au niveau du lobule paracentral, ni de dépression sur la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.

OZENNE.

Ueber einen Fall von Luftansammlung in den Ventrikeln des menschlichen Gehirns (Observation d'accumulation d'air dans les ventricules d'un cerveau humain), par H. CHIARI (*Prag. Zeitschrift f. Heilk, Bd. V, p.* 383, 1884).

Observation unique dans la science, au dire de Chiari.

Institutrice de 37 ans, sujette depuis longtemps à des lipothymies, à des troubles menstruels. Dans les derniers jours de 1883, maux de tête, malaise, nausées, épistaxis avec excrétion très abondante d'un liquide puriforme par les

narines. Apathie progressive. Le 26 décembre, perte brusque de connaissance. Mort, le 4 janvier, sans que la malade eût recouvré ses sens. Dans les quatre derniers jours qu'elle passa dans le service de Pribram, on constata un état parétique de certains muscles, une diminution notable de la sensibilité cutanée et un coma complet.

En dehors d'altérations tuberculeuses peu étendues des poumons, on ne trouva à l'autopsie d'autres lésions que celles de la cavité crânienne. Sensation de fluctuation au niveau du lobe frontal gauche ; à l'incision du ventricule latéral droit, on constate que cette cavité est très dilatée, remplie d'air avec un peu de sérum trouble. Même contenu gazeux dans le 3e ventricule, dans le ventricule latéral gauche, et enfin dans une petite cavité, du volume d'un œuf d'oie, située dans le lobe frontal gauche, en dehors et en avant de la corne antérieure gauche. Cette cavité est tapissée d'une membrane lisse, très vascularisée. A son niveau, la substance cérébrale est très amincie, et il existe des adhérences avec les méninges et indirectement avec un trou creusé dans la région orbitaire de l'os frontal gauche. La cavité communique ainsi avec la fosse nasale par l'ethmoïde ; elle communique aussi avec le ventricule latéral gauche. Enfin, on trouve à la base du cerveau, entre l'arachnoïde et la pie-mère, de nombreuses masses formées de cholestéatome.

Comme il n'existait nulle part de processus de putréfaction, Chiari admet que l'accumulation d'air dans les ventricules s'est faite pendant la vie, à la faveur d'une perforation de l'ethmoïde par le pus provenant de l'abcès cérébral. L. D.-B.

Ueber eine seltene Form von Œsophagusdivertikel (Forme rare de diverticule œsophagien), par H. CHIARI (*Prager med. Wochenschrift*, n° 2, 1884).

Leuker a divisé ces diverticulums en deux catégories : ceux produits par refoulement, et ceux produits par traction. Les premiers, assez rares, occupent la limite du pharynx et de l'œsophage; tous se produisent de dedans en dehors. Les seconds s'observent fréquemment à la partie antérieure de l'œsophage, vis-à-vis la bifurcation de la trachée, et sont dus à la traction de ganglions lymphatiques en rétraction, ou plus rarement à une médiastinite chronique scléreuse.

Dans le cas actuel la diverticule était due à la traction de la glande thyroïde soudée à l'œsophage. C'était un sac hémisphérique du volume d'une noisette siégeant sur la paroi gauche, à 7 centimètres au-dessous du vestibule laryngien. Son fond était relié au lobe gauche du corps thyroïde par un cordon cicatriciel de 1 centimètre. Ce lobe était, à ce niveau, transformé partiellement en une callosité dure qui se continuait directement avec le cordon vis-à-vis du diverticule ; mais, un peu plus bas, l'œsophage était fixé à la paroi trachéale par une cicatrice allongée provenant d'un ganglion tuberculeux atrophié. R. C.

Ueber das Vorkommen von Resten des Wolff'schen Ganges in der vaginal Portion (De la persistance du corps de Wolff dans la portion vaginale), par Wilhelm FISCHEL (*Archiv für Gynækologie*, *XXIV*, *Heft* 1).

Dans le cas observé par l'auteur, le canal de Wolff du côté droit était seul conservé, celui du côté gauche n'avait laissé aucune trace. Le canal descendait dans la portion vaginale, et à peu près à moitié de la hauteur de la portion envoyait en se recourbant une anse à direction supérieure ; cette anse n'atteignait pas l'insertion vaginale et se terminait en cul-de-

sac. La section transversale du canal et de son anse montrait de nombreux prolongements terminés en cul-de-sac et tapissés d'épithélium cylindriques : ces culs-de-sac ont l'aspect glandulaire. Le canal lui-même et l'anse adjacente sont tapissés d'une couche unique d'épithélium cylindrique solidement adhérente à la couche profonde. H. DE BRINON.

Note sur deux liomyomes de l'épididyme, par J. HÉRICOURT (*Revue de médecine, p.* 54, 1885).

Mémoire basé sur deux observations de tumeurs de l'épididyme, développées sans trouble de la santé générale, et que l'examen histologique montra comme constituées par des fibres musculaires lisses. Chacune de ces tumeurs était creusée de cavités kystiques contenant un liquide hyalin au milieu duquel nageaient de nombreuses granulations graisseuses; ces cavités étaient formées par le canal épididymaire dilaté. L'auteur croit que le point de départ des fibres lisses constituant ces deux tumeurs résidait dans les faisceaux musculaires qui, à l'état normal, forment les parois du canal de l'épididyme. C. GIRAUDEAU.

Der weisse Infarct der Placenta (L'infarctus blanc du placenta), par ACKERMANN (*Arch. f. path. An. u. Phys., Bd. XCVI, H.* 3, *p.* 439).

L'auteur donne d'abord un historique de la question. Il rappelle le nom de coin fibrineux donné à la lésion, la décrit macroscopiquement. Puis il mentionne les différentes opinions émises sur sa nature. Produit d'inflammation pour Doutrelepont et Brachet, de dégénérescence graisseuse et fibreuse pour Rokitansky, d'extravasation globulaire pour Gierse, l'infarctus serait pour Spaeth et Wedl le résultat de la sortie de la fibrine contenue en excès dans les vaisseaux du placenta, tandis que, d'après Ch. Robin, il serait produit par une altération fibreuse de l'organe, avec compression des vaisseaux amenant leur imperméabilité. Maier pense que la lésion serait constituée au début par un tissu de granulation d'abord rouge, prenant ensuite les caractères d'une cicatrice. Winckler et Kölliker ayant décrit dans le placenta une sorte de couche fibrineuse épaisse de quelques centièmes de millimètre, Langhans pense qu'il s'agit là d'un épaississement de cette couche normale. La production pathologique présenterait l'aspect de ce qu'on a appelé la fibrine canalisée.

Ackermann reprend l'étude histologique de la lésion. Il fait remarquer qu'elle comprend trois éléments : 1° de la fibrine; 2° des pinceaux vasculaires de placenta; 3° et du tissu conjonctif. La fibrine sur certains points formerait la masse presque totale de l'infarctus, plus souvent elle est entremêlée avec les pinceaux vasculaires. Cette fibrine est tantôt homogène, tantôt canalisée comme l'avait vu Langhans, tantôt disposée en fibrilles. Dans les mailles formées par ces fibrilles se voient quelques globules rouges et blancs et des grains d'hématoïdine. Les cellules comprises dans ces réseaux présenteraient l'altération décrite par Virchow et attribuée par lui à la compression exercée par la rétraction de la fibrine. Parfois la fibrine semble avoir subi la dégénérescence hyaline. Les cellules emprisonnées dans la fibrine rappellent souvent l'apparence des cellules, des cartilages d'ossification pendant l'envahissement de la substance calcaire. Ces cellules sont parfois isolées, plus souvent rap-

prochées pour former des amas arrondis, ou disposées en traînées. Elles présentent souvent la dégénérescence graisseuse. Fréquemment la masse de fibrine coagulée est envahie par des dépôts calcaires.

Les pinceaux vasculaires du placenta dans l'infarctus sont englobés dans la fibrine. Ces vaisseaux sont presque tous imperméables, les épithéliums s'altèrent, le noyau des cellules ne se colore plus. Il se forme ainsi une masse où l'on finit par ne plus rien distinguer, c'est une partie mortifiée qui doit se résorber. Parfois au pourtour il se forme du tissu conjonctif déterminant un enkystement véritable. On trouve en effet parfois de petits kystes sinueux qui ne reconnaissent pas d'autre origine.

Le troisième élément est constitué par le tissu conjonctif. Il est ordinairement volumineux, forme de véritables anneaux enserrant les artères et souvent aussi les veines qui leur sont accollées. Maier considère qu'il s'agit d'une périartérite, la dégénérescence hyaline de ce tissu est possible. Ces anneaux fibreux sont souvent visibles à l'œil nu, le doigt peut également les percevoir, on peut les trouver en dehors de l'infarctus. Ce tissu fibreux détermine l'oblitération des vaisseaux. Cette oblitération est complète à l'intérieur de l'infarctus, incomplète sur ses limites. Parfois les vaisseaux paraissent avoir été oblitérés par un autre procédé : coagulation intravasculaire de fibrine ou endartérite oblitérante.

Ackermann considère ces lésions comme analogues à la nécrose de coagulation de Weigert, et comme très voisines de l'infarctus blanc du rein décrit par Litten. La cause première de la lésion serait une périartérite fibreuse diffuse, celle-ci déterminerait successivement l'anémie, la nécrose, la coagulation, puis la disparition des noyaux. Il ne pense pas que l'on puisse admettre l'opinion de Langhans qui suppose une extravasation primitive de fibrine. L'auteur ne croit pas non plus qu'il s'agisse d'une hémorragie, la quantité des globules rouges que l'on y voit étant trop peu considérable.

La syphilis, incriminée par Rokitansky, ne serait pas, d'après Ackermann, la cause de cette altération du placenta. Cette lésion d'ailleurs n'entraîne la mort du fœtus que lorsqu'elle présente une extension considérable.

P. GALLOIS.

Abcès miliaires des reins dans la fièvre typhoïde, par P. GALLOIS (*Thèse de Paris*, 1885).

Une femme étant morte à la suite d'une fièvre typhoïde ayant donné lieu à un avortement au 3e mois, on trouve à l'autopsie des abcès miliaires des reins. L'auteur se demande s'il s'agit d'une lésion typhique. Il réunit en effet quelques observations de Tapret et Roger, Rayer, etc., dans lesquelles cette complication est rencontrée. Mais, trouvant des abcès miliaires dans d'autres conditions, il en conclut que la lésion n'a rien de spécial à la dothiénentérie. S'étant assuré qu'il ne s'agit pas d'une complication d'ordre vésical, il recherche quelle peut être la cause de cette lésion. Pour cela il dépouille un certain nombre d'observations de fièvre typhoïde compliquée d'abcès de reins de volume et de forme variable, et arrive à cette conclusion qu'il s'agit vraisemblablement d'une altération d'ordre pyémique, et que les ulcérations intestinales sont la plaie probable par où s'est faite l'infection.

Dans la seconde partie de ce travail, l'auteur étudie microscopiquement la lésion. Elle est constituée par une périglomérulite suppurée ressemblant à celle que l'on rencontre dans la pyélo-néphrite. Cependant dans la pyélo-néphrite, outre les lésions périglomérulaires, on observe des abcès le long des tubes du rein. Dans le cas qu'il a étudié, les tubes sont sains, c'est autour des vaisseaux que l'on peut, et encore par exception, observer des traînées de globules blancs. Le principe infectieux aurait donc cheminé par les vaisseaux. Y a-t-il déterminé des embolies? L'auteur n'a observé nulle part d'oblitération. Il faut donc chercher une autre explication. L'auteur, n'ayant pu déceler d'une façon évidente la présence de microorganismes, admet néanmoins par analogie que la lésion est de nature parasitaire. Il suppose que les microbes amenés par les vaisseaux au glomérule ont traversé la capsule de Bermann par une véritable « diapédèse » et ont déterminé la périglomérulite.

Enfin l'auteur cherche à établir la symptomatologie de cette lésion rénale, mais sans trouver un signe diagnostique suffisant. P. G.

De l'influence du côté sur la répartition de la carie des dents, par V. GALIPPE (*Mém. de la Société de biologie*, 1885).

L'auteur a établi dans des travaux antérieurs qu'il y avait une différence notable entre les dents du côté droit et celles appartenant au côté gauche d'un même maxillaire, et que la somme des coefficients de résistance de toutes les dents du côté droit l'emportait sur celle des coefficients des dents du côté gauche. En s'appuyant sur la statistique de Magitot, Galippe a constaté qu'il y avait plus de dents cariées à gauche qu'à droite. Il a recherché la densité moyenne de toutes les dents et il a trouvé que la densité des dents du côté droit est plus grande que celle des dents du côté gauche. L'abaissement de la densité est dû à une diminution des matériaux inorganiques et crée une aptitude plus grande à la carie.

Galippe a fait aussi une analyse chimique détaillée des dents des adultes et des dents de lait. Celles-ci renferment plus de matières organiques et moins de matières minérales que les dents permanentes. En revanche, elles contiennent plus de carbonate de chaux et de carbonate de magnésie, ce qui leur donne une vulnérabilité plus grande. Le fer n'existe dans les dents qu'en des proportions si faibles qu'il n'est pas susceptible d'être dosé. Celui qu'on trouve généralement provient du sang contenu dans les vaisseaux de la pulpe. La silice se trouve dans les dents dans une proportion toujours inférieure à 0,50 0/0, elle est d'autant plus abondante que les dents remplissent un rôle physiologique plus actif; ce sont les molaires qui en contiennent le plus. L'auteur a constaté aussi la présence du fluor dans les dents, mais en quantité extrêmement faible et bien inférieure à celle qu'on signale dans les ouvrages classiques. F. H.

Sur les microorganismes du rhino-sclérome, par CORNIL et ALVAREZ (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série*, *Tome XIV*, *n°* 13).

Les recherches des auteurs ont porté sur cinq tumeurs. L'une d'elles provenait d'un malade qui avait été adressé à M. Verneuil. Les quatre

autres avaient été recueillies par Alvarez dans l'Amérique centrale. Voici le résultat de ces recherches :

Les coupes du néoplasme présentent une structure tout à fait caractéristique : il est recouvert par les couches épidermiques; le derme est remplacé par un tissu fibreux rempli de cellules rondes, et de grosses cellules dont un grand nombre renferment des globes ou des granulations colloïdes qui se colorent avec intensité par toutes les substances colorantes tirées de l'aniline.

Lorsqu'on colore ainsi les coupes en violet en les laissant 24 heures dans le réactif, qu'on les traite ensuite par la solution iodée et qu'on décolore par l'alcool et l'essence de girofle, on voit des bâtonnets courts ayant de 2 1/2 à 3μ de longueur sur 0μ,4 à 0μ,5 de largeur. Ces bâtonnets présentent des grains plus colorés, qui ressemblent à des spores.

Lorsqu'on laisse les coupes pendant 48 heures dans la matière colorante, on voit ces grains se présenter sous la forme d'ovoïdes très réguliers dont la périphérie est formée d'une substance transparente hyaline légèrement colorée en bleu violet et entourant le bâtonnet à la façon d'une capsule. Au centre de la capsule se trouve le bâtonnet qui est tantôt homognée et lisse, tantôt formé de deux à quatre grains ovoïdes ou ronds, très foncés en couleur.

Sur les préparations ainsi obtenues, on peut s'assurer que ces bactéries encapsulées sont libres et qu'elles se déplacent avec leur capsule. La capsule est formée par une substance anhiste, colloïde, dure et résistante. Les bactéries se réunissent parfois deux à deux par fusion de la capsule qui les entoure, d'autres fois en plus grand nombre ; les agglomérations ainsi produites sont plus ou moins régulièrement sphéroïdes; elles peuvent se montrer indépendantes de toute cellule, mais le plus souvent elles siègent dans les grandes cellules du néoplasme.

Dans les voies lymphatiques, la disparition des bactéries est remarquable. Elles forment une bordure le long de la paroi en contact avec les cellules endothéliales : quelques-unes sont en même temps libres dans le canal. On en trouve aussi dans les vaisseaux sanguins de la tumeur.

En résumé, les bactéries du rhino-sclérome possèdent des réactions et une forme qui leur appartiennent en propre. Leur constance et leur forme spéciale dès le début de la maladie constituent de fortes présomptions pour faire admettre la nature parasitaire de la maladie. Il y a généralement récidive après l'ablation.

GASTON DECAISNE.

A case of myxœdema, with autopsy, par E.-G. WEST (*Boston med. and surg. Journ.*, 17 *juillet* 1884).

L'observation de myxœdème rapportée par West est intéressante à cause du soin minutieux avec lequel elle a été prise. Elle présente un type complet de la maladie, ayant débuté chez une femme de 26 ans, pendant une troisième grossesse.

Comme données étiologiques, père mort dément, mère névropathe; quant à la malade on ne trouve à relever, dans ses antécédents, qu'une très vive émotion morale à 16 ans, et une chute avec traumatisme sérieux à 21 ans. Le myxœdème a débuté peu à peu, confondu au début avec un mal de Bright, a évolué sans incident inusité, et a entraîné la mort au bout de quatre ans. Les seuls symptômes un peu particuliers ont été l'abaissement du taux de

l'urée, le refroidissement périphérique permanent, la respiration de Cheyne Stokes pendant la dernière semaine. Le caractère était resté ce qu'il était : calme, avec beaucoup de fermeté et de douceur; pas de troubles intellectuels.

A l'autopsie, infiltration, œdémateuse et riche en mucine, de la langue, de la face, du cou et du larynx. Congestions viscérales multiples. La moelle épinière n'a pas été examinée, et il n'y a pas de détails précis sur l'état du corps thyroïde.

Pas d'examen du sang pendant la vie; pas de recherches histologiques ni chimiques après la mort. A. CHAUFFARD.

Angeborne Deformität beider oberen Extremitäten, par HACKER (*Soc. des méd. de Vienne*, 12 *décembre* 1884).

Il s'agit d'un homme de 33 ans, qui présente une anomalie congénitale des deux membres supérieurs : atrophie du bras droit et de l'avant-bras gauche compensée du reste par l'hypertrophie des autres segments, avant-bras droit et bras gauche. Rien d'autre à noter, sinon le défaut de développement de l'omoplate droite et l'existence d'une incisive surnuméraire à la mâchoire supérieure.

Tous les muscles des segments atrophiés sont conservés. Le squelette de l'avant-bras gauche présente quelques particularités : les extrémités des os sont renflées en massues; le radius jouit de tous ses mouvements, mais le cubitus est tordu en S, aussi la pronation s'exécute difficilement.

Grâce à la compensation par les segments hypertrophiés, les deux membres ont au premier abord des dimensions à peu près normales.

L'auteur n'a pas trouvé de cas analogue dans la littérature médicale.

L. GALLIARD.

Difformités des doigts et des orteils, par GUERMONPREZ; Rapport par BERGER (*Bull. Soc. Chir., p.* 721-759-836, 1884).

Dans un premier cas la malformation était limitée à la main droite, elle affectait la disposition à laquelle on a donné le nom de pince de homard; c'est-à-dire que les doigts extrêmes seuls étaient conservés : le pouce et l'auriculaire, avec les métacarpiens correspondants; mais la division qui séparait ces derniers n'était pas complète, et une sorte de métacarpien intermédiaire, dépourvu de doigts, s'articulait entre eux avec le carpe, et mettait un obstacle au rapprochement des deux branches de la pince constituée par ces doigts avec les métacarpiens qui les supportaient. D'ailleurs les doigts eux-mêmes offraient une autre anomalie, car ils n'étaient pourvus, le pouce, que d'une seule phalange, l'auriculaire que de deux, compensant à la vérité, par le développement exagéré de ces portions de squelette, l'absence des segments qui faisaient défaut.

Dans un autre fait, l'anomalie principale portait sur les deux pieds et présentait, avec la malformation ci-dessus décrite de la main, une singulière analogie. Il s'agit d'un individu dont les deux pieds sont divisés jusqu'au tarse par une scissure profonde, qui leur donne l'aspect de pieds fourchus. De chaque côté de ce sillon, néanmoins, existent deux métatarsiens indépendants, quoique réunis par l'enveloppe tégumentaire; mais tandis que la branche interne de chaque pied ne supporte qu'un seul orteil, qui, par sa situation, doit être considéré comme le gros orteil, la branche externe se termine par deux orteils dont l'un, à la vérité, est absolument rudimentaire. Si rare qu'elle paraisse, l'anomalie de la main, dont la première observation

de Guermonprez offre un exemple, est connue par un certain nombre de faits publiés.

Voici, observé par M. Berger, un 3e cas relatif à une hémimélie accompagnée d'ectrodactylie portant sur le membre supérieur gauche. Tandis que le membre supérieur droit est normal, l'humérus gauche est très court et le bras très grêle, et pourtant le coude est mobile et bien formé. L'avant-bras gauche ne présente qu'un cubitus long de 15 centimètres sans aucun vestige du radius, le cubitus s'amincit en bas et son apophyse styloïde fait une saillie considérable en soulevant la peau du poignet : la main en effet n'occupe pas l'extrémité inférieure de l'avant-bras, elle est déjetée en totalité sur son bord externe qui est sensiblement raccourci ; cette circonstance donne à l'avant-bras l'apparence d'une incurvation qui n'existe pas en réalité. La main, vue par sa surface palmaire, se compose d'une éminence hypothénar et d'une paume normale, mais dépourvue absolument d'éminence thénar. Elle supporte quatre doigts (ce sont les quatre derniers doigts) qui sont complets, assez bien formés et qui présentent à peu près leur aspect normal. Le pouce existe aussi et il se compose de deux phalanges ; mais le premier métacarpien fait absolument défaut ; privé de squelette et comme étranglé à son insertion supérieure, le pouce jouit d'une mobilité très grande, il est flottant, mais il ne possède aucun mouvement propre. On ne retrouve aucune trace de muscles de l'avant-bras qui lui soient destinés.

Un dernier fait est dû à Nicaise et il s'agit d'un homme de 41 ans, qui présentait sur chaque main une absence du médius ; la difformité n'était pas la même des deux côtés et il n'y avait aucun autre vice de conformation sur le corps.

Sur la main droite ainsi que le montre la figure, il y avait ectrodactylie du médius et brachydactylie de l'annulaire et du pouce. L'os transversal, situé entre le troisième et le quatrième métacarpien, représente la première phalange du médius; ce fait est démontré par les anomalies des autres parties constituantes des doigts, lesquelles sont analogues à la déviation du système osseux.

La cause du vice de conformation a donc agi à la fois et de la même manière sur les différentes parties constituantes de la main et des doigts. Sur cette même main, on remarque que l'extrémité de l'os transversal est volumineuse et irrégulière, ce qui tient probablement à la fusion avec la première phalange de l'annulaire atrophiée et représentée par le tubercule. Sur la main gauche, il y a ectrodactylie au médius ; les autres doigts sont réguliers; l'annulaire plus volumineux est formé par les troisième et quatrième métacarpiens. Ces deux os sont un peu moins volumineux que d'habitude ; ils se touchent par leur extrémité inférieure, sans qu'il y ait continuité de tissus, de façon que les deux têtes forment une surface articulaire, avec laquelle la première phalange de l'annulaire vient se mettre en contact. Sur la main entière on voyait une scissure profonde entre l'index et l'annulaire, se prolongeant, jusque entre les têtes des métacarpiens ; de plus, le deuxième espace interosseux est plus considérable que de coutume. L. JULLIEN.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

I. — Klinisches ueber den Tuberkelbacillen (Réflexions cliniques sur le bacille de la tuberculose), par E. LEYDEN (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band VIII Heft* 5, *p.* 375-391).

II. — De la transmissibilité de la tuberculose par les crachats de phtisiques, par S. SIRENA et B. PERNICE (*Gazz. degli Ospitali,* 29 *mars* 1885).

III. — La phtisie animale et sa transmission à l'homme par la consommation de la viande, par MANDEL (*Gaz. méd. de Strasbourg,* 1er *mai* 1885).

IV. — La tuberculose est-elle transmissible par le vaccin ? par STRAUS (*Société méd. des hôpitaux,* 25 *février* 1885).

V. — Inoculationstuberculose beim Menschen, par TSCHERNING (*Fortschritte der Medicin, n°* 3, 1885).

VI. — Inoculation tuberculeuse localisée aux doigts. Lésions secondaires de l'ordre du tubercule anatomique. Lymphangite tuberculo-gommeuse consécutive, par MERKLEN (*Soc. méd. des hôpitaux,* 8 *juillet* 1885).

VII. — Ein zweifelloser Fall von congenitaler Tuberculose, par JOHNE (*Wiener medizinische Blätter, n°* 15, 1885).

I. — Dans la première partie de ce travail, Leyden insiste sur la valeur diagnostique de la présence du bacille.

Il existe deux grands points de la question, qui ne sont pas entièrement résolus. Peut-il y avoir des tuberculoses sans bacilles, des bacilles sans tuberculose ?

Sans parler de la granulie où l'absence d'expectoration rend souvent la recherche du bacille impossible, Leyden a vu cette recherche fournir des résultats négatifs dans des tuberculoses parfaitement nettes avec crachats abondants. Les lésions n'en ont pas moins une marche rapide et l'auteur fournit à cet égard deux belles observations.

L'erreur inverse doit être aussi signalée. Dans deux cas de bronchite chronique à caractères bien tranchés, Leyden avait, à sa grande surprise, trouvé des bacilles. L'autopsie, en montrant l'existence de petits foyers caséeux, fournit l'explication de ce symptôme anormal ; mais on trouva surtout des lésions de bronchite avec dilatation ; on aurait donc eu tort de conclure à la tuberculose. Enfin, surtout dans les salles d'hôpital, il faut toujours craindre le mélange accidentel, aux crachats qu'on examine, de produits tuberculeux.

Pour Leyden, le bacille est la seule cause de la tuberculose. Dans toutes les inoculations qu'il a tentées, il a constamment échoué quand le produit inoculé ne renfermait pas de bacilles. Au contraire, leur présence, même en quantité très faible, assurait toujours le succès. Les zooglées décrites par Malassez n'ont pas de pouvoir spécifique ; elles n'agissent que comme les zooglées septiques ordinaires. Dans d'autres cas ce qu'on a pris pour une zooglée n'était, en réalité, qu'un amas de bacilles.

Leyden n'admet pas non plus les expériences faites par Landouzy et Martin sur les fœtus de mères tuberculeuses. Jamais en inoculant les organes de ces fœtus il n'a pu produire la tuberculose.

Le mode d'entrée du bacille exerce sur la marche de la maladie une grande influence : par inhalation, on obtient une tuberculose longtemps localisée au poumon; par injection sous-cutanée, on a une généralisation rapide. On trouve donc les mêmes différences que chez l'homme pour la granulie et la phtisie ulcéreuse commune. Mais dans les deux cas les lésions observées sur les poumons des animaux étaient histologiquement les mêmes (Schaffer).

Le développement du bacille dans le poumon est assez difficile à étudier chez l'homme. On ne peut le faire que dans quelques cas de granulie ou chez des phtisiques qui, peu de temps avant leur mort, ont eu une nouvelle poussée de tubercules. En pareils cas on trouve les alvéoles des portions récemment atteintes pleines de cellules (cellules desquamatives de Buhls). Entre ces cellules et surtout dans leur intérieur on voit de nombreux bacilles. La propagation des bacilles se fait donc par inoculation au niveau des alvéoles.

Si la généralisation se fait ordinairement avec une certaine lenteur, c'est parce que les produits des parties primitivement atteintes, sans cesse entraînés par la toux et le mouvement des cils vibratils, n'arrivent pas facilement aux alvéoles saines.

La contagion n'est pas encore assez nettement établie pour que des mesures prophylactiques sérieuses puissent être prises. Il semble même que son rôle soit moins important que celui de l'hérédité, et Leyden regarde l'action de l'hérédité comme créant un terrain favorable et non, suivant l'idée de Landouzy, une inoculation à longue échéance.

Les divers antiparasiticides essayés ont donné peu de résultats. Administrés par inhalation, ils sont peut-être plus nuisibles qu'utiles, car les efforts inspiratoires peuvent porter, dans des portions encore indemnes, les produits tuberculeux. M. DEBOVE.

II. — Les expériences faites avec le plus grand soin par ces deux médecins leur ont fourni les données résumées dans les conclusions suivantes :

1° Le liquide obtenu de l'évaporation des crachats tuberculeux ne contient pas de bacilles; injecté dans la cornée, le tissu cellulaire sous-cutané ou la cavité péritonéale, il ne détermine ni tuberculose locale ni tuberculose générale;

2° On ne trouve pas de bacilles dans l'atmosphère environnante, après évaporation des crachats, quelque abondants que soient ces bacilles dans le produit évaporé;

3° La respiration, pendant plusieurs heures et cela plusieurs jours de suite, dans une atmosphère confinée, remplie des exhalaisons de crachats de phtisiques, ne produit pas la tuberculose;

4° Les animaux confinés dans des espaces clos, et forcés de respirer une atmosphère chargée de poussières de crachats tuberculeux desséchés, ne contractent pas la tuberculose;

5° Les injections sous-cutanées de matière tuberculeuse déterminent le plus souvent une manifestation locale spécifique (caractérisée par la

présence de bacilles dans le pus) et après un temps variable une tuberculose des organes abdominaux ou thoraciques;

6° L'injection de crachats tuberculeux dans le péritoine amène d'abord une tuberculose locale, puis secondairement une tuberculose généralisée;

7° L'injection dans la trachée de crachats tuberculeux, même chez les animaux affectés de broncho-pneumonie, ne détermine pas d'infection spécifique, mais le plus souvent une pneumonie croupale septique caractérisée par la présence de micrococcus dans les exsudats. A. C.

III. — Après avoir rappelé que la tuberculose est héréditaire chez les animaux, que chez eux elle est contagieuse par inoculation, par contact, par voisinage et qu'elle est transmissible d'un individu à l'autre par la consommation des produits, soit viande, soit sécrétion, soit lait, etc., l'auteur cherche à démontrer par un certain nombre d'expériences que la contagion de la tuberculose des animaux à l'homme peut se faire par la consommation de leur viande. (Voir les recherches de Toussaint, *R. S. M.*, XVIII, 704.) OZENNE.

IV. — Straus a cherché à contrôler l'observation déjà ancienne de Toussaint; il a fait revacciner avec du vaccin de génisse tous les tuberculeux de son service; sur cinq il obtint des pustules vaccinales; dans aucun cas il ne trouva de bacilles par l'examen microscopique après coloration; dans aucun cas l'inoculation du contenu de la pustule dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin ne donna de résultats positifs. Il admet donc que le danger de l'infection tuberculo-vaccinale est improbable. H. L.

V. — Une jeune fille de 24 ans, domestique, se piqua le doigt médius avec les débris du crachoir d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire. Les jours suivants, elle présenta au niveau de la petite blessure un léger panaris, puis, quelque temps après, une induration de la grosseur d'une lentille environ, au même niveau; cette petite tumeur fut extirpée et la malade semblait guérie, lorsque, deux mois plus tard, elle présenta un gonflement douloureux, non seulement de la peau, mais de la gaine du tendon fléchisseur, en même temps qu'une tuméfaction notable des ganglions susépitrochléens et axillaires. Le doigt et les ganglions furent extirpés; le premier présentait dans l'intérieur de la gaine tendineuse un tissu blanchâtre de granulations, sans pus ni masses caséeuses. Cependant l'examen histologique démontra qu'il s'agissait de masses tuberculeuses contenant des bacilles de Koch en assez grande quantité. Pareil fait fut également constaté dans les ganglions malades. La malade guérit. W. ŒTTINGER.

VI. — Femme de 26 ans, a perdu, il y a six mois, son mari d'une tuberculose pulmonaire datant de trois ans. Pas d'antécédents héréditaires. Elle a soigné le malade pendant les six derniers mois de sa vie. Il y a quatre mois elle vit de petits boutons rouges, douloureux, sur le dos du médius droit et à la racine de l'index gauche; ils suppurèrent, puis se recouvrirent de croûtes et devinrent verruqueux. Un mois après, trois nodosités dures, pisiformes, parurent à la face antérieure du bras gauche — deux bientôt se ramollirent et s'ulcérèrent; — plus tard même sur le dos de la main, et la région externe de l'avant-bras. Enfin, récemment, éruption analogue à la face interne du coude droit. Etat général bon.

Actuellement les lésions digitales consistent, sur le médius, en un placard ovalaire, violacé, squameux, à surface papillomateuse. C'est le type du tubercule anatomique. A l'index gauche, fissure profonde; il existe des traînées de lymphangite nodulaire très développées sur le bras gauche, reconnaissables à la vue et au palper, formant un chapelet depuis l'index jusqu'à l'ais-

selle en passant sur le dos de l'avant-bras et en avant du coude et du bras; ces nodosités sont les unes mobiles sous la peau, les autres adhérentes; à l'avant-bras ce sont de gros tubercules du volume d'un pois ou d'une cerise, ramollis, violacés; l'un d'eux est ouvert devant le coude, et le pus contient des bacilles de la tuberculose. Ces nodosités sont reliées par des cordons durs. Dans l'aisselle, ganglions gros, indolents.

L'examen de la poitrine décèle l'infiltration tuberculeuse des deux sommets. Il y a donc eu inoculation par les doigts, infection des lymphatiques des bras et généralisation de la tuberculose. H. L.

VII. — L'auteur a eu l'occasion d'examiner un fœtus de veau de huit mois, retiré de l'utérus de sa mère qui était très tuberculeuse. Le poumon droit, les ganglions bronchiques, mais surtout le foie et les ganglions hépatiques étaient remplis de granulations miliaires; l'examen microscopique démontra leur structure tuberculeuse et la coloration des coupes fit voir de beaux bacilles de Koch.

Ce qui prouverait bien, suivant l'auteur, qu'il s'agit ici d'une tuberculose placentaire, c'est la grande quantité de tubercules dans le foie. Le sang maternel chargé de bacilles aurait traversé le placenta et serait venu dans le foie par les vaisseaux ombilicaux; là, la plupart des bacilles auraient été mis en liberté par la mort des leucocytes qui les portaient et se seraient mis à germer; un petit nombre seulement aurait envahi le poumon en passant dans la circulation générale.

M. SCHACHMANN.

Ueber die bei Hunden durch Inhalation der Sputa phthisischer Individuen... u. s. w. (Des altérations pulmonaires déterminées chez les chiens par l'inhalation de crachats de phtisiques et d'autres substances organiques), par W. WARGUNIN (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVI, Heft* 3).

L'idée de comparer les lésions pulmonaires déterminées par l'inhalation des crachats de phtisiques avec celles que produiraient diverses autres substances organiques a été donnée à l'auteur par le professeur Manassein; c'est dans le laboratoire du professeur Rajewski, à Saint-Pétersbourg, que ses recherches ont été effectuées. Pour faire chacune de ses expériences, il plaçait un chien dans une caisse en bois; dans cette caisse il envoyait, au moyen d'un pulvérisateur à vapeur, un jet de vapeur mélangée avec le liquide contenant les matières pulvérulentes (crachats de phtisiques ou d'emphysémateux, fromage de Gruyère, farine de froment). Le chien se trouvait ainsi dans une atmosphère contenant en suspension les particules solides. Dans certains cas il avait cherché à désinfecter les crachats de phtisiques au moyen de l'acide phénique. Les liquides qu'il voulait pulvériser avaient en général la consistance du lait. Dans l'intervalle des expériences, les chiens étaient placés dans des cages au grand air.

Dans la première série d'expériences, le liquide pulvérisé contenait des crachats de phtisiques dilués et filtrés à travers un linge pour les débarrasser des particules trop grosses. Les onze chiens soumis à ces pulvérisations présentèrent tous des altérations pulmonaires sur lesquelles l'auteur s'expliquera plus tard. Dans la seconde série, le liquide pulvérisé contenait des crachats de phtisiques, que Wargunin cherchait à stériliser. Il ajoutait d'abord 2 volumes d'acide phénique pour 100 volumes

de liquide filtré, puis faisait bouillir le tout trois fois à deux ou trois minutes d'intervalle. Il obtint des lésions pulmonaires analogues. Enfin dans sa troisième série le liquide pulvérisé contenait soit des crachats d'emphysémateux, soit du fromage, soit de la farine de froment. Mêmes altérations. L'auteur pense donc que ces lésions n'étaient pas produites par un poison spécifique.

Pour savoir en quoi consistaient ces lésions, Wargunin en fait l'examen histologique. Il mentionne d'abord un fait que lui a montré Rajewski. Il s'agissait de lésions pulmonaires sur un chat : à l'œil nu on aurait dit une tuberculose miliaire, sous le microscope, on constatait des nodules pneumoniques.

La lésion observée sur les chiens avait aussi la forme de nodules, constitués par des groupes d'alvéoles infiltrées ; au centre se voyait la section d'une petite bronche. La tunique celluleuse de cette bronche est la plupart du temps épaissie. Dans l'intervalle des nodules, emphysème compensateur. Nulle part on ne voit de cellules géantes. A un grossissement de 300 diamètres, on voit que les nodules sont constitués par des cellules jeunes prenant souvent l'apparence fusiforme par pression réciproque ; ces cellules détruisent la paroi des bronches lobulaires, pénètrent dans leur cavité et les oblitèrent. Ces masses de cellules jeunes ne contiennent pas de vaisseaux, aussi subissent-elles la dégénérescence graisseuse. Les alvéoles avoisinant les bronches oblitérées sont souvent atélectasiées. Dans les alvéoles, mêmes masses de cellules jeunes avec destruction des parois, même dégénérescence graisseuse, nulle part dégénérescence caséeuse. La lésion paraît débuter par les parois bronchiques et s'étendre d'une part à la cavité bronchique et de l'autre aux alvéoles. L'auteur ne pense pas qu'il s'agisse là de lésions tuberculeuses, ce serait de la broncho-pneumonie lobulaire.

L'auteur avait commencé ses recherches avant la découverte du bacille de Koch, il se demande si ce micro-organisme a bien la valeur étiologique qu'on lui a attribuée et si la tuberculose est bien une maladie contagieuse et parasitaire. P. GALLOIS.

Om Tuberkulose i Koens yver og om tuberkulös Mälk (Sur la tuberculose de la mamelle de la vache et sur le lait tuberculeux), par B. BANG (*Nord. med. Ark.*, n° 26, 1884).

Bang, professeur à l'école vétérinaire de Copenhague, a examiné dans un court espace de temps vingt-sept mamelles tuberculeuses de vache. La tuberculose chez la vache frapperait souvent la mamelle et débuterait souvent par cette glande : dans tous les cas le lait contient des bacilles tuberculeux, souvent même en grande quantité. Les inoculations faites par lui ont toujours donné des résultats positifs; certains animaux même ont péri très rapidement. L'alimentation avec le lait de vaches tuberculeuses a également provoqué la tuberculose chez tous les animaux (porcs, lapins) qui y ont été soumis. Contrairement à l'opinion de Koch, l'auteur croit que le lait de la vache peut renfermer des bacilles tuberculeux, alors même que la mamelle est saine. C. GIRAUDEAU.

I. — Sur l micro-organisme de la tuberculose zoogloéique, par L. MALASSEZ et W. VIGNAL (*Archives de physiologie*, 15 *août* 1884).

II. — Ueber eine Modification der Ehrlich'schen Färbemethode für Tuberkelbacillen im Gewebe (Modification de la méthode d'Ehrlich pour la coloration des bacilles tuberculeux dans les tissus), par FÜTTERER (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band CI, Heft* 1, *p.* 198).

I. — Deux procédés de coloration sont indiqués par les auteurs. Le premier procédé comprend trois opérations :

1° La pièce à colorer est laissée de quelques heures à un jour dans le bain suivant :

Eau distillée saturée d'huile d'aniline et filtrée...	9 centimètres cubes.
Solution concentrée de bleu de méthylène dans l'alcool à 90°..	1 centimètre cube.

2° Elle est décolorée dans le mélange suivant :

Solution aqueuse de carbonate de soude à 2 0/0.	2 volumes,
Alcool absolu..................................	1 volume.

3° Elle est lavée dans l'eau distillée, déshydratée avec de l'alcool absolu, éclaircie avec de l'essence de girofle et montée dans le baume de Canada.

Le second procédé comprend deux opérations seulement :

1° La pièce à colorer est laissée deux à trois jours au moins dans le bain suivant :

Solution de carbonate de soude à 2 0/0.	10 volumes.
Eau distillée saturée d'huile d'aniline......	5 —
Alcool absolu..............................	3 —
Solution de bleu de méthylène faite avec 9 volumes d'eau distillée et 1 volume de solution concentrée de bleu de méthylène dans l'alcool à 90°..........	3 —

2° Elle est lavée dans l'eau distillée, déshydratée avec de l'alcool absolu légèrement teinté de bleu de méthylène, éclaircie avec de l'essence de bergamote ou de térébenthine, et montée dans le baume de Canada.

Le micro-organisme de la tuberculose zoogloéique ne se présente pas seulement sous la forme de zooglées, il peut encore revêtir un certain nombre d'autres types que l'on peut diviser en deux classes, selon qu'ils se colorent ou ne se colorent pas par les procédés ci-dessus indiqués.

Les formes qui se colorent vivement se rencontrent dans les lésions de début et représentent le parasite en pleine activité. Ce sont, en allant des plus simples aux plus compliquées :

1° Microcoques plus ou moins allongés, mesurant environ de 0 μ 6 à 1 μ de long, sur 0 μ 3 de large ; tantôt isolés, tantôt réunis deux à deux en diplocoques ;

2° Courts chapelets rectilignes ayant à des grossissements faibles l'aspect de bacilles, et constitués par la réunion de 3, 4, 5 microcoques semblables aux précédents ; ces chapelets sont parfois isolés, le plus souvent réunis par petits groupes ;

3° Chapelets plus ou moins longs, formant entre les éléments des

sinuosités, des anses, des boucles ; on les trouve également isolés ou réunis plusieurs sur le même point ;

4° Petites zoogloées formées de un ou de plusieurs chapelets semblables aux précédents, mais lâchement contournés sur eux-mêmes, à la façon d'un écheveau mêlé ou d'un peloton peu serré ;

5° Zoogloées proprement dites différant des précédentes par leur volume plus considérable et parce que les chapelets qui les composent forment un pelotonnement plus serré et une masse plus homogène.

Les formes peu ou pas colorables sont aussi variées que les formes qui se colorent vivement. Elles ne constituent pas une série indépendante, proviennent de leurs similaires colorables, et correspondent à un état de vitalité moindre, de repos ou de mort peut-être.

Dans un précédent travail, les auteurs écrivaient que l'on pouvait admettre : ou bien que les zoogloées et les bacilles ne sont que deux formes différentes d'une même espèce de micro-organisme ; ou bien qu'ils sont d'espèce différente. Aujourd'hui, la seconde hypothèse est celle qui leur paraît rendre le meilleur compte de l'ensemble des faits qu'ils ont observés. A. GILBERT.

II. — L'auteur rappelle avec quelle difficulté on arrive à colorer nettement les bacilles tuberculeux dans les tissus ; il indique un procédé qui lui aurait donné d'excellents résultats. La coloration par la fuchsine se fait comme d'ordinaire. Pour la décoloration, il place la coupe dans un verre de montre rempli d'alcool auquel on ajoute 3 gouttes d'acide nitrique ; on enlève la coupe quand elle n'a plus qu'une faible teinte rosée, puis on la place pendant une minute dans une solution à 1/500 de chlorure de palladium, récemment filtrée ; puis lavage à l'eau, passage de quelques minutes dans l'alcool acidifié, huile de cèdre pour éclaircir, montage au baume.

Le chlorure de palladium fixe énergiquement la fuchsine sur les bacilles, il permet de décolorer la coupe absolument pendant son second passage dans l'alcool acidifié, en outre la fuchsine ainsi fixée sur les bacilles ne se dissout plus dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, l'essence de térébenthine. Les bacilles de la lèpre peuvent être préparés de la même façon. L'inconvénient du chlorure de palladium est d'être cher, mais on en use très peu. P. GALLOIS.

Tuberculose et morve (Auto-inoculation et réinoculation), par CHARRIN (*Revue de médecine, juin* 1885).

Ce mémoire contient l'exposé d'expériences entreprises dans le but de rechercher si la tuberculose et la morve, à l'inverse de la syphilis, peuvent être inoculées à un individu déjà tuberculeux ou morveux. Il résulte de ces recherches que sur dix cobayes, trois manifestement tuberculeux, de par les signes locaux et de par les signes généraux, ont pu être de nouveau inoculés avec succès. Deux autres cobayes présentaient au siège de la seconde inoculation des ulcérations ayant l'aspect macroscopique des ulcérations tuberculeuses, mais ne contenant pas de bacilles ; aussi Charrin n'en tient-il pas compte dans sa statistique.

Trois cobayes, porteurs de lésions morveuses, ont été également réinoculés avec du virus morveux et, dans les trois cas, il s'est développé un second chancre au niveau de la deuxième piqûre.

L'auteur conclut que la morve et la tuberculose sont réinoculables.

C. GIRAUDEAU.

Ueber die Resorption durch die Lungen (Étude sur l'absorption par le poumon), par E. PEIPER (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band VIII, Heft 4, p.* 293-301).

Peiper a fait sur l'absorption par le poumon une double série d'expériences. Il a étudié cette absorption à l'état normal chez des animaux qui n'avaient subi que la dénudation de la trachée. Il l'a ensuite étudiée dans divers états pathologiques, soit après la section des nerfs respiratoires, soit après la production de bronchopneumonies, de pyohémies expérimentales.

A) *Absorption à l'état normal.*

1° Peiper a d'abord recherché la quantité d'eau qu'il pouvait injecter dans la trachée sans produire de troubles respiratoires. Il s'est servi d'eau distillée, portée à la température de l'animal. L'injection était poussée sans secousses et avec une grande lenteur. Les lapins supportent facilement dans ces conditions une injection de vingt à vingt-cinq centimètres cubes faite en deux à trois minutes. La tolérance est beaucoup plus grande dans la position verticale que dans la position horizontale.

2° Dans un autre groupe d'expériences, Peiper a cherché le temps que mettaient pour produire leurs effets les substances toxiques introduites dans la trachée. Il a étudié à ce point de vue la strychnine (à doses faibles et à doses très fortes), le curare, l'atropine, l'azotate de potasse. Les effets se manifestèrent toujours avec une grande rapidité, surtout dans la position verticale.

3° En employant des substances de recherche facile, les résultats obtenus furent encore très nets. Le passage du salicylate de soude dans l'urine fut constaté dès la première goutte qu'on recueillit, une minute après l'injection dans la trachée. La bile, les solutions d'hémoglobine sont absorbées beaucoup moins vite; ce n'est qu'au bout de trois quarts d'heure que ces substances apparaissent nettement dans l'urine. En se servant de lait, il suffit au contraire d'une minute pour que les globules graisseux commencent à apparaître dans le sang.

B) *Absorption à l'état pathologique.*

Les résultats fournis par cette deuxième série d'expériences ont été en grande partie négatifs. La section des différents nerfs respiratoires, des deux pneumogastriques — des deux phréniques — des deux troncs du grand sympathique — ne modifie pas la rapidité de l'absorption. La fièvre développée par injection sous-cutanée de matières putrides n'a pas non plus d'influence. — Enfin la dyspnée, poussée même jusqu'à l'asphyxie presque complète, est également restée sans action.

Pourtant chez les animaux atteints de bronchopneumonies, l'énergie de l'absorption semble augmenter et les substances toxiques agissent beaucoup plus rapidement que chez les animaux sains. Mais Peiper fait observer que ce résultat tient probablement en partie à l'affaiblissement entraîné par la bronchopneumonie et par les moyens employés pour la produire. Il ne le regarde donc pas comme entièrement définitif. M. DEBOVE.

I. — Sur les effets de l'insufflation des poumons par l'air comprimé. Note par GRÉHANT et QUINQUAUD (*Compt. rend. Acad. des Sciences*, 10 *novembre* 1884).

II. — Mesure de la pression nécessaire pour déterminer la rupture des vaisseaux sanguins. Note par GRÉHANT et QUINQUAUD (*Ibid.*, 2 *mars* 1885).

I. — Dans ces expériences, pratiquées en unissant la trachée à un gazomètre, on voyait, sous l'influence de la tension intra-pulmonaire, se produire simultanément un abaissement de la pression artérielle et une élévation de la pression dans le ventricule droit (une longue sonde, dont le pavillon était uni à un cardiomètre, était introduite par la veine jugulaire jusque dans le cœur droit). De plus, les auteurs ont observé que, si l'on maintient dans les poumons, d'une manière continue, de l'air soumis à la pression de 8 centimètres de mercure, on voit, au bout d'une minute, l'animal uriner, étendre les pattes ; ses mouvements respiratoires deviennent rares, les battements du cœur persistent ; après quatre minutes, la respiration est agonique ; après cinq minutes, les battements du cœur sont imperceptibles ; à l'autopsie, on trouve des bulles d'air dans les vaisseaux. On peut déduire de ces expériences qu'il est dangereux, quand on pratique la respiration artificielle chez l'homme ou l'enfant nouveau-né, d'insuffler l'air avec trop d'énergie.

II. — Il faut, pour rompre la carotide du chien, des pressions de 35 à 55 fois plus grandes que la pression exercée normalement par le sang dans ce vaisseau. La veine jugulaire ne se rompt que sous la pression de 6 à 9 atmosphères.

M. DUVAL.

Une septicémie expérimentale, par CHARRIN (*Thèse de Paris*, 1885).

Le travail de Charrin nous fait connaître, par une série de recherches très méthodiques et très probantes, une nouvelle septicémie expérimentale.

Chez les lapins morts du charbon bactéridien, il peut se développer un microbe particulier qui, dans les premières inoculations, fait disparaître la bactéridie, et tue les animaux avec les signes non douteux d'une maladie infectieuse, en même temps que leurs viscères contiennent d'innombrables micrococci isolés ou groupés en nombre variable.

La maladie dure en général 24 heures ; on observe une élévation de la température centrale de 1°,5 à 2°, qui disparait pendant les dernières heures. La perte d'appétit, l'abattement, le poil hérissé, de l'albuminurie, des cris, parfois des convulsions agoniques et de la diarrhée complètent le tableau clinique.

L'examen histologique des viscères montre un état granuleux des cellules du foie et du rein, avec congestion diffuse des organes.

Le microbe pathogène se retrouve dans les muscles, le bulbe, la moelle des os, les poumons, les reins, le foie, le sang. Partout les microbes sont placés dans les vaisseaux et jamais ailleurs. Le sang est donc leur habitat naturel, et il est déjà infectieux huit heures après l'inoculation.

L'urine, les matières fécales contiennent les mêmes micro-organismes, et peuvent transmettre la maladie par inoculation.

Au contraire, les tissus privés de vaisseaux, la salive, la bile restent infertiles.

Les portes d'entrée de l'infection sont multiples, et celle-ci peut se faire par les voies sous-cutanées, intra-veineuse, gastro-intestinale, bronchique ou péritonéale. C'est par la voie vasculaire que l'infection se fait le plus rapidement.

La maladie peut se transmettre au fœtus par la voie placentaire.

Parmi les différentes espèces animales autres que le lapin, c'est le moineau qui est le plus sensible; les grenouilles, le chien résistent, la poule également quoique d'une manière moins complète; l'immunité du cobaye, du rat, de la souris est moins absolue.

Le microbe pathogène est arrondi, ou plus souvent ovoïde, long de 1 μ, large de 0 μ,8 à 0 μ,4 ; il forme souvent de longues chaînettes à grains dissemblables. Il se cultive bien dans le bouillon de bœuf ou de lapin, sur la gélatine peptonisée ou l'agar-agar, et conserve sa virulence dans les cultures.

Ce qui reste douteux, c'est de savoir comment et par quel procédé ce microbe crée la maladie, c'est de connaître son origine et les rapports qui l'associent à la bactéridie charbonneuse.

Charrin termine son intéressant travail en montrant que la maladie qu'il a décrite est une septicémie proprement dite, ou hémo-sepsie, que de plus elle ne rentre dans le cadre d'aucune des septicémies expérimentales connues jusqu'à ce jour. A. CHAUFFARD.

Ueber Bacterien bei metastatischen Gelenkentzündungen, par SCHÜLLER (*Berlin. klin. Woch.*, n° 21, *p.* 333, 26 *mai* 1884).

Schüller a examiné, après la mort, dans les maladies infectieuses les plus diverses, le contenu des articulations atteintes de métastases et dans la grande majorité des cas il y a trouvé des bactéries. Mais, fait curieux, le nombre des bactéries était toujours beaucoup moindre dans les arthrites purulentes que dans les épanchements séreux récents des jointures.

Les microcoques étaient l'élément prédominant; à côté d'eux on rencontrait des éléments allongés formant des chaînes et des bâtonnets. Les diplocoques de Friedlaender ont été aperçus deux fois, dans une arthrite scapulo-humérale liée à une pneumonie et dans un cas de scarlatine.

Des bactéries spécifiques n'ont été vues dans les articulations qu'en cas de morve et d'érysipèle. Dans la diphtérie, la fièvre typhoïde et la fièvre puerpérale, plusieurs formes de parasites se trouvaient combinées.

Il résulte de ces recherches que toutes les arthrites métastatiques ne peuvent être regardées comme spécifiques. J. B.

Ueber Mikroorganismen der eiterigen Zellgewebsentzündung des Menschen (Des micro-organismes de l'inflammation suppurative du tissu cellulaire chez l'homme), par PASSET (*Fortschritte der Medicin*, n°s 1 *et* 3, 1885).

Passet, après de longues études sur les micro-organismes de la suppuration, arrive aux résultats suivants : il a trouvé dans 33 cas des organismes différents qui constituent en somme 8 espèces variées, mais dont

toutes sont loin de posséder les mêmes propriétés pathogènes. Le micrococcus le plus fréquemment trouvé est, sans aucun doute, le staphylococcus; mais il en existe plusieurs variétés : à côté du staphylococcus pyogenes albus et du staphylococcus pyogenes aureus, dont les propriétés et l'évolution sont déjà connues, il existe une troisième variété, ne se distinguant des deux premières que par la coloration jaune-citron de ses cultures, le staphylococcus pyogenes citreus, car injectées dans le tissu cellulaire ou dans une articulation, elles déterminent rapidement des phénomènes de suppuration. Les uns et les autres, injectés dans l'abdomen ou dans la plèvre, déterminent la mort, de 24 à 48 heures. Sans parler des hémorragies diffuses des poumons, de l'hyperémie du foie, des lésions de péritonite ou de pleurésie que l'on trouve à l'autopsie, il faut aussi noter l'existence dans le sang et dans les reins de ces différents micro-organismes. Telles sont les trois espèces de staphylococcus qui jouent un rôle prépondérant dans la suppuration. A côté d'eux il faut placer encore deux autres espèces beaucoup moins importantes : le staphylococcus cereus albus et le staphylococcus cereus flavus; ils se présentent sur la gélatine sous l'aspect de gouttelettes de cire, le dernier d'une coloration jaune-citron. Ces deux variétés de staphylococcus ne sont pas pathogènes et ils restent sans aucun effet sur les animaux. L'auteur ne les a trouvés que trois fois dans 33 cas qu'il a examinés.

Après le staphylococcus, le streptococcus est le genre le plus fréquemment rencontré; il ne présente qu'une seule variété. Formé par la réunion en chaînette de 10 à 30 micrococccus de 0,58 jusqu'à 0,73μ de diamètre, le streptococcus pyogenes ne diffère morphologiquement en rien du streptococcus de l'érysipèle. Bien plus, Passet constate que les cultures sont absolument semblables. Enfin l'injection du streptococcus pyogenes dans le tissu cellulaire, dans les veines, ne produit, contrairement à ce qu'avait décrit Rosenbach, aucun phénomème morbide. Il semblerait donc qu'il y ait analogie complète entre les deux streptococcus, d'autant plus que le streptococcus, inoculé sur l'oreille d'un lapin, produit une rougeur érysipélateuse, s'accompagnant d'élévation de la température.

Le troisième genre de micrococcus trouvé dans le pus est représenté par des organismes semblables aux coccus de la pneumonie; voici cependant les différences qui les caractérisent : une culture de microbes de la pseudo-pneumonie ne prend pas, comme celle de la pneumonie vraie, la forme caractéristique de clou; du moins dans ce cas la tige fait défaut. Morphologiquement ces bacilles sont moins allongés que ceux de la pneumonie; enfin ils possèdent plus rarement une capsule, et lorsque celle-ci existe, elle est moins large et se colore avec moins de facilité.

Au point de vue expérimental, les bacilles de la pneumonie et ceux qui lui sont analogues déterminent, injectés dans les veines, des phénomènes de septicémie; mais les derniers seuls, inoculés dans le tissu cellulaire, ont été capables de produire des abcès.

Le quatrième genre de bacille de la suppuration est le bacillus pyogenes fœtidus; long de 1,45μ, large de 0,58μ, il se trouve presque toujours accolé à un autre; cultivé sur la gélatine, il se présente sous la forme d'un voile gris-bleuâtre un peu plus épais et irrégulier à la périphérie. Sa culture offre une odeur putride; injectée à des cobayes, elle donne lieu à une septicémie presque toujours mortelle. Passet ne l'a

trouvé qu'une fois, dans un abcès de la marge de l'anus. Si l'auteur n'a pu retrouver ces différents micro-organismes dans l'eau ordinaire, dans l'air, etc., il a du moins constaté l'existence du staphylococcus pyogenes aureus et albus dans les eaux ménagères et dans la viande qu'il avait laissée se putréfier quelques jours (*R. S. M.*, XXVI, 45). W. ŒTTINGER.

De la nature de l'ostéomyélite infectieuse, par RODET (*Rev. de chir.*, avril-août 1885).

Dans une rapide revue historique, l'auteur rappelle les travaux publiés sur l'ostéomyélite infectieuse par Becker, Rosenbach, ainsi que le mémoire de Fedor Krause, qui lui était inconnu au moment où il commençait ses propres recherches, puis il entre dans quelques détails sur la morphologie du micrococcus de cette maladie et sur les caractères physiques des cultures qu'il a faites.

Dans deux cas d'ostéomyélite, qui lui ont permis de vérifier l'exactitude des données des auteurs allemands, il a pu, en outre, par ses cultures, observer deux éléments distincts, micrococcus l'un et l'autre, mais de dimension et de réfringence différentes ; après les avoir facilement isolés dans des bouillons, contrairement à ce qu'en pensent les bactériologistes allemands, il a négligé l'étude du micrococcus gros et réfringent qu'il soupçonne appartenir à une infection mixte. Quant à l'autre, c'est un fin micro-organisme offrant, dans les cultures anciennes, un élément de dimensions minimes, et animé de mouvements très vifs sur place ; et, dans les cultures récentes, un contour bien arrondi ; tantôt isolés, souvent réunis en groupes, ces micrococcus présentent des aspects variés (point double de Pasteur, diplococcus ; disposition en grappes, staphylococcus).

La culture de ce microbe est facile dans des bouillons de poulet, de lapin, de veau, ainsi que sur les milieux solides (morceaux de pomme de terre, sérum du sang incomplètement coagulé) ; et dans ces deux derniers cas on obtient des colonies orangées, qui diffèrent un peu d'aspect suivant le milieu ; mais on acquiert la preuve que ce sont bien ces micrococcus eux-mêmes, qui sont chargés de la matière colorante ; quant à l'odeur particulière, aigrelette, que donnent certaines cultures, elle n'est pas constante.

Dans ses expériences sur les animaux indemnes de fracture ou autre traumatisme, M. Rodet a inoculé du pus et des cultures de trois façons : par des injections intra-veineuses, sous-cutanées et intra-péritonéales. Les injections dans les veines ont été pratiquées sur 13 lapins et 1 cobaye ; sauf dans cinq cas qui pour différentes raisons ne doivent pas être comptés, l'affection a pris une allure subaiguë présentant ainsi plus d'intérêt pour la comparaison avec l'ostéomyélite de l'homme, et dans les huit cas a déterminé des lésions analogues.

Sans parler de la congestion, du dépolissement et de la friabilité, on a noté que le siège principal de l'inflammation était surtout dans la moelle du tissu osseux juxta-épiphysaire (fémur, tibia, humérus). Le périoste reste ordinairement intact, ou du moins sans altération appréciable ; en ayant soin de le décoller jusqu'au cartilage de conjugaison on arrive à reconnaître que c'est au voisinage immédiat de ce cartilage que les

lésions sont limitées ; là on découvre une perte de substance, remplie de pus ou occupée par un séquestre mobile, qui communique avec le tissu spongieux, et souvent largement avec le canal médullaire. La moelle contient de fines gouttelettes de pus : sur le pourtour de l'extrémité osseuse, on peut voir plusieurs petits foyers circonscrits, ou quelquefois une ostéite qui a envahi tout ce pourtour, sans atteindre l'épiphyse, qui peut être ainsi décollée. Le cartilage de conjugaison est ordinairement indemne.

Toutefois l'auteur a rencontré dans un cas des altérations notables du tissu épiphysaire de l'humérus et du cartilage de la tête, ainsi qu'une autre fois une inflammation souspériostique.

Outre ces lésions osseuses, il faut encore signaler la présence assez fréquente du pus dans les articulations dont l'origine, articulaire ou osseuse, est parfois difficile à déterminer, et quelques lésions rénale et cardiaque analogues à celles qu'on relève dans les cas à marche aiguë.

Cette grande analogie des lésions avec celle de l'ostéomyélite infectieuse de l'homme amène à cette conclusion que le micrococcus, isolé du pus d'ostéomyélite infectieuse, est bien l'agent pathogène de cette affection.

Dans d'autres conditions, la maladie suit une évolution beaucoup plus rapide : on découvre, comme lésions constantes du côté des extrémités osseuses, la vascularisation des tissus peri-épyphysaire, la congestion juxta-épyphysaire du périoste, parfois poussée jusqu'aux ecchymoses, l'œdème sous-périosté et la friabilité de l'os. De plus il est assez fréquent de rencontrer dans l'épaisseur du périoste, quel que soit le point de l'os où on l'examine, de petits foyers miliaires.

Le tissu musculaire est toujours altéré; on y trouve une inflammation interstitielle, caractérisée par des amas de cellules embryonnaires et par une dégénérescence des éléments contractiles analogues à la dégénérescence vitreuse. Les reins sont également le siège d'une néphrite infectieuse.

Les injections sous-cutanées, pratiquées quatre fois sur des lapins, ont donné lieu à des abcès, mais sans produire de lésions osseuses infectieuses ; quant à l'injection du pus cultivé de ces abcès, elle a rapidement déterminé de graves accidents, lorsqu'on agissait avec de fortes doses.

Dans les injections intra-péritonéales, l'auteur n'a constaté aucune péritonite et en général aucun effet manifeste.

Les dernières pages de ce mémoire sont consacrées à l'étude des propriétés physiologiques du microbe et à la description de ses effets différents sur les animaux : quelques pages de physiologie pathologique conduisent ainsi au dernier chapitre, qui traite de la spécificité du micrococcus, spécificité que M. Rodet n'accepte pas, tout en faisant remarquer que le rôle pathogène de ce micro-organisme n'en est en rien diminué (Voy. *R. S. M.*, XXIV, 429, 430). OZENNE.

Bacteriologische Untersuchungen über Frauenmilch (Recherches bactériologiques sur le lait de femme), par **ESCHERICH** (*Fortschritte der Medicin*, n° 8, 1885).

L'auteur a recherché dans la sécrétion lactée de malades puerpérales l'existence de micro-organismes, et voici les résultats auxquels il est arrivé : chez 6 femmes, qui étaient atteintes d'inflammations superficielles de la mamelle ou du mamelon (rhagades, excoriations ou abcès superficiels), il trouva 5 fois dans le lait de la mamelle malade des colonies de staphylococcus albus. Chez 13 puerpérales, présentant des accidents d'infection générale plus ou moins grave, il trouve dans tous les cas, dans la sécrétion lactée de l'une et l'autre mamelle, des colonies de staphylococcus albus ou aureus, et quelquefois ces deux espèces réunies. La plupart des malades avaient présenté des lochies fétides, des frissons, une élévation variable de la température ou bien des accidents de péritonite. En l'absence de lésions ou de plaies du côté des reins, il est vraisemblable que ces micro-organismes ont pénétré dans le torrent circulaire au niveau de la plaie génitale et ont, en partie, passé dans la sécrétion lactée, de même que des micro-organismes analogues sont quelquefois éliminés par les reins.

Voici la méthode employée par l'auteur dans ses recherches : après lavage de la mamelle avec une solution de sublimé et d'alcool, une petite quantité de lait fut recueillie dans de petits tubes capillaires stérilisés au préalable ; après avoir maintenu ces tubes à une température de 37° pendant quelques jours ou même quelques semaines, une petite quantité de lait servit à ensemencer une culture de bouillon peptonisé et de gélatine ou d'agar-agar. Mais déjà, après 2 ou 4 jours, il était facile de trouver, soit avec le microscope, soit au moyen des cultures, de nombreuses colonies de staphylococcus, contenues dans le lait renfermé dans les tubes.

Comme contrôle, le lait de 25 puerpérales ne présentant pas d'accidents fébriles fut examiné dans les mêmes conditions et à des périodes variables après l'accouchement, sans qu'on pût y constater la présence de micro-organismes. W. ŒTTINGER.

Ueber Spirillen, par **F.-A. MÜHLHÄUSER** (*Arch. f. path. An. u. Phys. Band XCVII, Heft* 1, *p.* 84).

Pour étudier les spirilles en général, l'auteur conseille d'examiner les liquides qui s'écoulent du fumier des grands animaux domestiques. Dans ce purin, outre les spirilles en grand nombre, on ne peut rencontrer ni schizomycètes ni algues qu'on puisse considérer comme des états transitoires de l'évolution des spirilles. Description générale : forme spirale, à tours de spire régulièrement espacés, extrémités nettement coupées, mouvement héliçoïde alternativement dans un sens et dans l'autre, rapidité de la translation : 1/3 de millimètre à la seconde. Par l'addition d'eau, les extrémités prennent l'apparence d'une vésicule et deviennent immobiles. Les grandes spirilles ne se voient que dans un purin déjà vieux. On peut alors voir des spirilles entremêlées et comme feutrées ; cette disposition diffère nettement des masses zoogloéiques, jamais

l'auteur n'a aperçu de spores ; cependant, sous l'influence d'une température élevée, les spirilles meurent et se résolvent en petits éléments punctiformes. Quand une grande spirille est coudée, les mouvements sur place encore possibles n'amènent aucun déplacement; cela s'explique facilement : en effet, une hélice animée d'un mouvement rotatoire ne peut progresser qu'autant que son axe est rectiligne. Les spirilles tendent à se rapprocher de l'air et de la lumière ; elles sont peu résistantes, le froid, la chaleur, l'addition d'une substance quelconque, l'eau elle-même les fait mourir; un froid modéré et l'obscurité leur sont assez favorables; on peut les conserver quelques jours dans les bouillons de culture ordinaire, mais elles ne se cultivent pas, elles ne se reproduisent pas.

L'auteur étudie alors diverses espèces de spirilles, qu'il divise en deux groupes : 1° grandes spirilles, 2° petites spirilles.

Grandes spirilles : 1° *Spirillum tenue.* Cette espèce décrite par Ehrenberg a été divisée par Cohn en trois espèces : *spirillum tenuis, undula* et *volutans*. Elles sont souvent associées dans le même purin. Le spirillum volutans est la plus grande de ces espèces. Billroth les rapproche de la spirochæte d'Obermaier (fièvre récurrente) et en forme une famille à laquelle il donne le nom de *Coccobactéries.*

2° *Spirillum propellor.* Se voit dans le purin frais, mouvements très actifs, présente souvent deux ou trois points moins colorés par les dérivés de l'aniline, ne présente que deux ou trois tours de spire. Mühlhäuser pense que ce n'est pas une espèce à part, mais un état de développement des spirilles précédentes.

Petites spirilles : 1° *Spirillum pisciculus.* Un seul tour de spire, épaisseur plus grande au milieu, très mobile, peut se rencontrer dans la putréfaction de l'albumine ; 2° *Spirillum musculus.* Rectiligne, très mobile ; 3° *Spirillum punctum saltans.* Ovale, très mobile, décrit des cercles de court rayon.

L'auteur considère que les spirilles doivent être nettement séparées des infusoires, d'une part, et des bacilles, de l'autre. Jamais il n'a vu de spirilles donner des bacilles. D'ailleurs, le mode de progression est tout différent pour ces deux sortes d'organismes : progression par flexion pour les bacilles, par rotation héliçoïde pour les spirilles. Cependant, le spirillum volutans de Cohn se mouvrait au moyen de cils vibratiles situés aux extrémités. La durée de la vie des spirilles paraît n'être que d'une journée. C'est d'après cette propriété qu'Obermaier explique l'évolution caractéristique de la fièvre rémittente. Les spirilles et la spirochæte d'Obermaier ne sont cependant pas, pour l'auteur, des organismes du même genre. Néanmoins, il admet que les spirilles puissent se transformer en spirochæte, comme cela aurait été constaté pour le bacille du foin et celui du charbon. Mais ce dernier fait n'est pas aussi démontré que l'auteur semble l'admettre. P. GALLOIS

I. — Ueber giftige Producte der Fäulnissbacterien, par BRIEGER (*Berliner klinische Wochens.*, n° 14, *p.* 209, 7 *avril* 1884).

II. — Ueber Mikroorganismen der Darmentleerungen, par STAHL (*Berlin. klin. Woch.*, n° 21, *p.* 234, 16 *mai* 1884).

I. — Aux cinq espèces de bactéries que Bienstock a signalées dans les matières fécales humaines, Brieger en ajoute trois autres :

1° Des microcoques rectilignes extrêmement abondants, de même que dans les mélanges artificiels en voie de putréfaction. Leurs dimensions sont à peu près celles des microcoques pneumoniques; leur couleur est blanche et ils sont souvent disposés en diplocoques. Les microcoques, complètement inoffensifs, transforment les liqueurs de sucres de raisin et de canne en alcool éthylique.

2° Des bacilles de longueur variable, souvent associés aux précédents. Ils paraissent identiques à ceux décrits d'abord par Koch et plus récemment par Hueppe qui ont la propriété de produire sur la gélatine nourricière de Koch une matière colorante verte, fluorescente, résistant aux alcalis, mais facilement détruits par les acides, comme l'éosine.

3° Des bacilles plus petits, une fois plus longs que larges et visibles seulement à l'aide de très forts grossissements. Contrairement aux deux espèces précédentes, ces derniers bâtonnets sont extrêmement toxiques, particulièrement pour les cobayes qui ne résistent jamais à une injection sous-cutanée. Chose curieuse, administré par la bouche ou l'anus, ce bacille ne tue pas les cobayes. Les souris et les lapins supportent mieux ses effets délétères.

Ces bacilles se développent parfaitement sur le sang humain stérilisé. Ils transforment les liqueurs de sucre en acide propionique avec quelques traces d'acide acétique.

Cultivés sur la gélatine de Koch, ils forment des anneaux blanchâtres concentriques, disposés comme les écailles du dos de la tortue; sur les rondelles de pommes de terre, ils donnent lieu à un gazon couleur jaune sale.

II. — Stahl a recherché les microorganismes dans les évacuations intestinales humaines. Il en a trouvé 25 formes différentes dont plusieurs sortes de mucédinées et de levures, des microcoques et divers bacilles. Il croit qu'on en découvrira encore d'autres.

Baginsky observe que depuis deux ans il s'occupe aussi des microorganismes intestinaux chez l'enfant. Quand l'intestin était sain, il n'a presque jamais rencontré de microbes, tandis que dans les cas pathologiques, et surtout dans le choléra infantile, il a vu dans les glandes de Lieberkühn, dans les plaques de Peyer et dans la couche sous-muqueuse de nombreux organismes parmi lesquels prédominaient les microcoques et les bâtonnets. Mais, jusqu'ici, il ne saurait leur attacher de rôle pathogène (*R. S. M.*, XXV, 87). J. B.

Recherches expérimentales sur le pouvoir ostéogène de la moelle des os, par VINCENT (*Rev. de chir., novembre* 1884).

L'auteur a établi un certain nombre d'expériences d'après lesquelles il prouve le pouvoir ostéogène de la moelle des os. Sous forme de conclusions principales, il mentionne les considérations suivantes :

La moelle, isolée du périoste ou transplantée, fournit des ossifications vraies; elle partage donc avec le tissu osseux et le périoste la propriété de faire de l'os.

Cette solidarité fonctionnelle s'explique à l'aide d'un facteur commun, qui est l'ostéoblaste, la cellule embryonnaire jeune, le médullocèle, dont le nombre, répète l'auteur après M. Ranvier, varie dans les différentes

parties de l'os, et dont l'activité est proportionnelle à l'âge du sujet et au degré d'irritation accidentelle, pathologique ou expérimentale, qu'éprouve la totalité ou tel ou tel point d'un os. OZENNE.

Ueber Enkatarrhaphie von Epithel, par E. KAUFMANN (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band XCVII, Heft* 2, *p.* 236).

L'auteur s'est proposé d'étudier expérimentalement la production des tumeurs. Il rappelle les opinions émises à ce sujet. Virchow admet que les tumeurs dérivent toutes d'une prolifération anormale des éléments du tissu conjontif qui se différencieraient pour produire les diverses variétés de tumeurs. Pour Remak au contraire, les tumeurs épithéliales proviendraient des épithéliums, c'est l'opinion à laquelle Thiersch s'est rallié. Ce dernier admet soit une inclusion fœtale d'éléments épithéliaux, soit une pénétration plus tardive de ces éléments dans les tissus profonds. Cohnheim penche plutôt pour une inclusion fœtale, se fondant sur ce fait que les éléments constitutifs des tumeurs ont une apparence embryonnaire. Il signale ensuite les diverses recherches d'implantation faites par Zahn, Leopold, Reverdin, Boll, etc., et indique son procédé personnel d'inclusion épithéliale auquel il donne le nom d' « Enkatarraphie ».

Il fait sur la peau d'un animal une incison elliptique. Le lambeau ovale, ainsi séparé de la peau avoisinante, reste adhérent par sa face profonde au tissu conjonctif sous-jacent. Kaufmann prend alors les deux extrémités du lambeau ovale, les rapproche l'une de l'autre et les suture. Puis, par-dessus cette sorte de kyste dermoïde artificiel, il rapproche les lèvres de son incision ovalaire et les suture. C'est surtout sur la crête du coq ou les barbes de la poule que cette opération réussit. La réunion se fait par première intention. Il a fait un grand nombre de ces encatarraphies et, examinant les résultats de l'expérience à des dates déterminées, a pu suivre l'évolution des phénomènes jusqu'au 210e jour.

Il se forme un véritable kyste dermoïde, un « athérome » qui augmente un peu pendant le premier mois, mais qui reste ensuite stationnaire. L'épiderme ainsi enkysté se modifie peu, il présente peu d'apparence de métamorphoses régressives, il ne se produit pas de cancer épithélial. Tout autour, on aperçoit des cavités plus ou moins remplies de cellules géantes ; le pourtour de ces cavités est limité par des fibres musculaires lisses circulaires. Par des injections, l'auteur s'est assuré que ces cavités communiquaient avec le système artériel ; il pense donc que ces cellules géantes dérivent de l'endothélium vasculaire, et que les fibres lisses sont celles de la paroi musculaire des vaisseaux. Ce fait intéressant est en faveur de la théorie d'après laquelle les cellules géantes ne seraient qu'un endothélium altéré pathologiquement. Mais ce qui est en outre intéressant, c'est que cette production de cellules géantes se continue et qu'il se forme tout autour du kyste dermoïde expérimental une véritable « tumeur à cellules géantes »; celles-ci, même au bout de 8 ou 9 mois, ne présentent aucune trace de régression. Ainsi l'auteur n'a pu réussir à créer un épithélioma, il a obtenu des kystes dermoïdes ne présentant aucun caractère de malignité, et tout autour de ces kystes une tumeur à cellules géantes, qui se développerait d'une façon continue.

P. GALLOIS.

The experimental production of chorea and other results of capillary embolism, par Angel MONEY (*Brit. med. journ., p.* 1097, *mai* 1885).

Les expériences ont été faites sur divers animaux (chiens, lapins, cobayes) en injectant, dans le ventricule gauche, de fines granulations d'amidon ou de fécule de pomme de terre. Chez un certain nombre d'entre eux, on observa des mouvements involontaires absolument comparables à ceux de la chorée. L'autopsie montra toujours en pareil cas l'existence d'embolies de la moelle cervicale ; aussi l'auteur, tout en admettant que souvent la chorée a pour point de départ une lésion du cerveau, croit que certaines chorées dépendent d'une altération pathologique de la moelle. Ce seraient cliniquement les cas qui se traduiraient par l'exagération des réflexes qui relèveraient de cette origine.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Hughlings Jackson soutint le point de départ cérébral de la chorée et l'absence du mécanisme de l'embolie en pareil cas. H. R.

Leech secretion in blood for transfusion, par John B. HAYCRAFT (*Birmingham med. review, mai* 1885).

L'auteur recommande, pour prévenir la coagulation du sang recueilli pour la transfusion, l'addition d'un extrait préparé avec la sangsue. Il coupe le tiers antérieur du corps de la sangsue, le fait digérer dans l'alcool absolu pendant 12 heures, puis en fait alors un extrait avec une solution saline à 0,75 0/0. Deux gouttes de cet extrait projetées dans un verre de montre rempli de sang empêchent la coagulation. Si l'on injecte dans les veines d'un chien ou d'un lapin l'extrait préparé avec trois ou quatre sangsues, on ne détermine pas de troubles généraux bien appréciables, mais si l'on retire une petite quantité de sang, on constate qu'il ne se coagule pas. A. C.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Recherches sur les substances antiseptiques et les conséquences qui en résultent pour la pratique chirurgicale, par B. RATIMOFF (*Arch. de Physiologie*, 15 *août* 1884).

Quelles sont les doses des antiseptiques qui suffisent à prévenir le développement des microbes dans des milieux différents? Les doses toxiques des antiseptiques sont-elles les mêmes pour les microbes particuliers que pour les microbes communs? S'il y a une différence marquée dans la toxicité des antiseptiques, quelques-uns ne méritent-ils pas d'être préférés pour certains microbes? Telles sont les questions que l'auteur s'est attaché à résoudre.

De ses recherches, il résulte que les doses des substances antiseptiques qui s'opposent au développement des microbes sont très différentes

suivant les liquides dans lesquels sont placés ces microbes. Au point de vue de la pratique chirurgicale, il faudrait employer la dose la plus forte ; mais si on tient compte de ce que les doses beaucoup plus faibles empêchent le développement pendant 1, 2 ou 3 jours, on pourra employer les doses beaucoup plus petites, à la condition de laver la plaie chaque jour. Dans la pratique ordinaire, il est inutile de chercher à tuer les microbes ou leurs germes ; il suffit d'empêcher leur reproduction. C'est ainsi qu'il faut expliquer les bons résultats obtenus de nos jours par les pansements antiseptiques à l'acide phénique, à l'alcool, au bichlorure de mercure.

Les doses qui empêchent le développement dans le bouillon des bactéries charbonneuses et des bacilles septiques sont plus faibles que celles qui empêchent le développement des organismes communs.

A. GILBERT.

Ueber die Wirkung des chlorsäuren Kali auf das Blut, par EDLEFSEN (*Berliner klinische Wochens.*, n° 22, *p.* 352, 2 *juin* 1884).

Dans ses expériences, Edlefsen a recherché la façon dont se comportent les globules sanguins en présence du chlorate de potasse.

Il a fait un mélange à parties égales de 50 grammes de sang de porc et d'une solution de chlorate à 5 0/0, puis il l'a abandonné en repos.

Une seconde portion du même mélange fut placée dans un vase rempli d'oxygène.

Le résultat de cette double expérience fut celui-ci : tandis que la première portion du mélange était complètement altérée et transformée en méthémoglobine, l'autre est demeurée sans changement et a conservé sa couleur rouge vif qu'elle n'a commencé à perdre, pour brunir, qu'au bout de 7 heures. Il est donc prouvé que l'addition d'oxygène peut retarder la transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine.

Une conséquence pratique ressort de ces expériences : c'est que, dans les rétrécissements laryngés, dans les accès d'asthme, dans l'emphysème et dans les lésions valvulaires du cœur, on doit éviter l'emploi des chlorates.

J. B.

De l'action du mercure sur le sang chez les syphilitiques et les anémiques, par L. GALLIARD (*Gaz. des hôp.*, 27 *juin* 1885).

Les recherches hématimétriques, destinées à faire connaître l'action du mercure sur le sang, n'ont été pratiquées jusqu'ici que chez les animaux et chez les syphilitiques ; de plus, les auteurs se sont préoccupés presque exclusivement de la seule numération des globules. Il convenait d'apprécier également cette action chez des anémiques, comme on l'a fait pour les autres métaux, spécialement pour le fer ; en outre, il fallait ajouter à la numération des globules rouges l'évaluation très importante de l'hémoglobine.

L'auteur a pratiqué ses recherches dans le service de M. Hayem, en 1880, d'après les procédés de cet auteur, sur des sujets atteints de syphilis secondaire ou simplement anémiques, et voici les conclusions auxquelles il est arrivé.

Chez les syphilitiques, l'anémie existe par le fait de la syphilis. Le mercure ne détermine pas immédiatement l'augmentation des globules et de leur richesse hémoglobique ; mais le résultat est favorable si l'on continue assez longtemps d'une part et qu'on évite d'autre part les accidents d'hydrargyrisme.

Chez les anémiques, l'augmentation du nombre des globules n'est pas constante, sous l'influence de faibles doses de mercure; mais, chose bien plus importante, l'hémoglobine augmente constamment jusqu'au vingt-cinquième jour du traitement, en moyenne ; la valeur individuelle du globule rouge augmente donc et se rapproche de celle du globule sain pris pour unité. A partir du vingt-cinquième jour, l'influence du mercure s'exerce encore favorablement pendant quelque temps ; mais il faut éviter de prolonger la cure hydrargyrique.

On peut donc considérer le mercure comme un médicament capable, à l'exemple de certains autres métaux, de fabriquer l'hémoglobine. Son action est inférieure à celle du fer, et elle s'épuise relativement assez vite.

A. C.

Sur l'action physiologique et hygiénique du café, par GUIMARAES (*Archives de physiologie*, 1er *octobre* 1884).

Les conclusions de ce mémoire sont ainsi formulées :

Le café imprime à l'organisme des modifications profondes, manifestées par la variation inverse des deux ordres de phénomènes cliniques nutritifs.

Le café diminue les gaz du sang et il diminue aussi la consommation des aliments hydrocarbonés féculents ou graisseux.

Le café augmente la formation de sucre et d'urée, et, en accélérant les processus de désassimilation, il rend possible secondairement la plus grande consommation d'aliments mixtes et surtout azotés, dont la viande est le type.

En permettant à l'organisme de consommer et d'user davantage, en assurant sa réparation parfaite, le café facilite le plus grand travail, et il doit être conseillé à tous ceux dont la vie est active.

A. GILBERT.

Ueber die therapeutische Verwendung der Caffeinpraeparate, par Franz RIEGEL (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 19, *p.* 289, 12 *mai* 1884).

Des expériences faites, entre autres, sur 21 malades atteints de lésions valvulaires du cœur, amènent Riegel aux conclusions suivantes :

1° La caféine doit être considérée, au même titre que la digitale, comme un agent régulateur du cœur ;

2° Administrée à doses et sous une forme convenables, elle augmente l'énergie cardiaque, ralentit les battements du cœur et accroît la pression artérielle;

3° Elle provoque très rapidement une augmentation considérable de la sécrétion urinaire ;

4° Ses indications sont en général celles de la digitale ;

5° Son meilleur mode d'administration est par petites doses fréquemment répétées ;

6° Son action diffère de celle de la digitale, en ce qu'elle est beaucoup plus rapide et ne se cumule pas;

7° L'essai de la caféine est indiqué même dans les cas où la digitale s'est montrée impuissante;

8° Il ne faut pas employer simultanément les narcotiques, la morphine spécialement qui paraît jouer un rôle antagoniste;

9° Les sels doubles de caféine, tels que le benzoate, le salicylate et le cinnamate de soude, doivent être employés de préférence à cause de leur solubilité qui permet aussi de s'en servir par la voie hypodermique. Ils sont généralement mieux supportés que la digitale. (*R.S.M.*, V, 468; XV, 117; XVI, 491; XIX, 513; XXI, 111, 493 et 494.) J. B.

Du thym. Ses propriétés thérapeutiques, par CAMPARDON (*Bull. gén. de thérap.*, 15 *et* 30 *décembre* 1884).

A l'intérieur comme à l'extérieur, l'essence de thym est un agent puissant qui détermine chez l'homme sain des phénomènes physiologiques se reproduisant toujours les mêmes, à divers degrés, suivant la dose et la constitution des sujets, et dont on peut diviser les manifestations en trois périodes : 1° période d'excitation; 2° période de surexcitation; 3° période de collapsus suivi de mort. Les doses qui produisent la période d'excitation sont seules thérapeutiques (de 20 centigrammes à 1 gramme).

Ce médicament qui est un excitant diffusible, à cause de ses propriétés excitantes et réconfortantes, doit être employé à l'intérieur dans la chloro-anémie accompagnée de dépression dans les défaillances morales, etc. Ses propriétés diaphorétiques et diurétiques le rendent utile dans le rhumatisme musculaire fixe, dans le rhumatisme erratique, dans les dermalgies, les névralgies, etc. Son action sur les muqueuses le rend de la plus grande utilité dans la période catarrhale des affections des bronches, de l'urètre, du vagin, de la vessie.

Il est hémostatique énergique, surtout dans les hémorragies passives. Employé à l'extérieur, en frictions, bains, fumigations et inhalations, il vient puissamment en aide au traitement interne, en abrège la durée et en assure le résultat. Comme antizymotique, sa puissance est égale à celle de l'acide thymique; il est efficace contre la septicité des plaies et fait disparaître la fétidité des sécrétions. BAZILE FÉRIS.

Étude sur l'absinthine (principe amer de l'absinthe), par Fernand ROUX (*Bull. gén. de thérap.*, 30 *novembre* 1884).

L'absinthine est le principe amer de l'absinthe; l'auteur s'est servi de celle préparée d'après le procédé de Duquesnel. Même à une forte dose (2 grammes chez une poule) elle n'est pas toxique. Ce résultat est en désaccord avec ce que pensent certains auteurs qui attribuent les propriétés dangereuses de l'absinthe tant à son huile essentielle qu'à son principe amer. L'emploi prolongé de l'absinthine à faible dose ne paraît pas présenter d'inconvénients. Enfin elle semble favoriser d'une façon bien évidente l'expulsion des matières fécales, sans amener pour cela la diarrhée, tant qu'on ne donne que des doses modérées. Tout cela a lieu chez les animaux.

Chez l'homme, l'absinthine augmente l'appétit et régularise les garde-robes. Elle est indiquée toutes les fois qu'il y a atonie du tube digestif, dans la chloro-anémie avec anorexie et constipation, dans la convalescence des maladies prolongées, avec trouble des fonctions digestives sans altérations. En revanche le médicament est contre-indiqué dans tout état dyspeptique accompagné d'une lésion organique. Il faut l'éviter aussi chez les phtisiques qui auraient eu, ou qui auraient de la diarrhée; il l'augmenterait certainement.

Les doses sont de 15 à 20 centigrammes, à prendre deux fois par jour, un quart d'heure avant le repas, chez les chloro-anémiques; mais la dose moyenne est de 10 centigrammes. BAZILE FÉRIS.

I. — Sur l'emploi de la terpine en thérapeutique, par LÉPINE (*Revue de médecine, février* 1885).

II. — Contribution à l'étude de la terpine et du terpinol, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Bull. gén. de thérapeut.*, 15 *avril* 1885). — *Idem*, **par F. GUELPA.** (*Ibid.*, 30 *avril* 1885).

I. — La terpine ou hydrate de térébenthine a une action assez analogue à celle de la térébenthine, mais elle est beaucoup plus active; aussi faut-il l'employer à dose beaucoup plus faible que l'essence, elle est alors parfaitement tolérée. A la dose de 20 à 60 centigrammes, la terpine augmente la sécrétion bronchique et sa fluidité de manière à rendre l'expectoration facile. Elle peut être utilisée dans ce but dans les cas de bronchite subaiguë ou chronique. Si on élève la dose, la sécrétion bronchique est au contraire tarie. R. Lépine a ainsi guéri plusieurs cas de bronchorrée.

A 20 ou 60 centigrammes elle est diurétique et peut rendre par conséquent des services chez les brightiques; mais il importe de savoir qu'à forte dose chez le chien elle détermine de l'albuminurie et même de l'hématurie. 3 grammes suffisent chez un chien de 20 kilogrammes pour amener la mort avec irrégularité de la respiration, élévation de la température, accélération du pouls, hématémèse. A la dose de 1 gramme, elle agit sur le système nerveux de la même façon que le font plusieurs grammes d'essence. Lépine a fait disparaître par cette médication plusieurs névralgies et croit avoir amendé un cas d'hystéro-épilepsie. Les cristaux de terpine étant très solubles dans l'alcool, cette substance sera donnée aux malades atteints de bronchite en solution légèrement alcoolique avec addition d'un sirop convenable, et dans du vin blanc, par exemple, aux malades chez lesquels on recherche une action diurétique. C. GIRAUDEAU.

II. — Les résultats obtenus par les auteurs ne sont pas conformes à ceux de Lépine. La terpine, même à très fortes doses, n'a aucune action sur l'appareil respiratoire. A la dose de moins de 2 ou 3 grammes pour un homme, elle n'a pas non plus d'action sur les fonctions génito-urinaires. A dose plus forte, elle détermine non de l'albuminurie et de l'hématurie, mais peut-être une production plus abondante de phosphates.

Les doses modérées de terpine (moins de 2 ou 3 grammes) n'agissent pas non plus sur le système nerveux. Des quantités plus abondantes seraient cause de météorisme, et il faudrait de très grandes doses (au moins 2 grammes par chaque kilogramme du poids total) pour déterminer

des accidents graves. Sur le tube digestif, la terpine ne produit que l'effet d'un corps étranger très peu assimilable et très lourd pour l'estomac.

Le terpinol, un de ses dérivés, est aussi un médicament absolument inoffensif, même à des doses très élevées (les lapins, les cobayes, les poules peuvent, sans aucune incommodité, en tolérer 6 grammes en un jour, et l'auteur en a supporté sans inconvénient, en douze heures deux grammes et demi). Il n'a aucune ou presque aucune action sur les organes génito-urinaires. Il s'élimine très promptement et presque exclusivement par la voie respiratoire, et, de ce fait, il est utile dans les affections catarrhales des bronches en modifiant heureusement leur sécrétion. BAZILE FÉRIS.

Ueber die Wirkungen der Alkaloide aus der Quebrachorinde (Étude sur l'effet physiologique des alcaloïdes du quebracho), par E. HARNACK et H. HOFMANN (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band VIII, Heft* 6, *p.* 471-516).

On a souvent confondu sous le nom de quebracho deux produits bien différents, provenant l'un de l'Aspidosperma quebracho, l'autre du Loxopterygium Lorentzii. Le premier seul, le quebracho blanc du commerce, possède contre la dyspnée une action réelle. Les alcaloïdes qu'il renferme manquent presque entièrement dans le quebracho coloré.

Ces alcaloïdes sont au nombre de cinq, dont trois, l'apidospermine, la chebrachamine, la chebrachine, sont cristallisés. Les deux autres, l'hypochebrachine et l'apidosamine, sont amorphes. Harnarck et Hofmann ont étudié avec soin l'action de chacun de ces alcaloïdes qu'ils obtenaient en purifiant les produits livrés par le commerce.

1° *Aspidospermine.* — Chez les grenouilles, l'apidospermine détermine d'abord quelques mouvements convulsifs; puis la respiration se ralentit et finit même par se supprimer; en même temps les muscles striés se paralysent; les premiers frappés sont ceux qui se trouvent au voisinage du point où a eu lieu l'injection. Le cœur est frappé en dernier lieu. La dose nécessaire pour amener la mort est 0gr,17 par kilogramme du poids de l'animal.

Chez les animaux à sang chaud, les effets sont un peu différents. On observe au début tous les signes qui précèdent ordinairement le vomissement : accélération du pouls, salivation, nausée, sans pourtant que le vomissement apparaisse. La respiration devient bientôt plus fréquente et plus profonde; par moment elle est dyspnéique, saccadée, puis redevient tranquille. De fortes doses sont nécessaires pour paralyser complètement le centre respiratoire.

2° *Quebrachine.* — La quebrachine est plus active que l'aspidospermine. La dose mortelle pour une grenouille n'est plus que 0gr,06 par kilogramme du poids de l'animal. Au début, les mouvements convulsifs sont très accusés, le rythme cardiaque est profondément troublé, et les oreillettes se contractent parfois deux fois plus souvent que les ventricules; puis on observe, mais à un degré plus prononcé, les mêmes phénomènes qu'avec l'aspidospermine.

Chez les animaux à sang chaud il y a des nausées sans vomissements, des contractures musculaires sans paralysie réelle, des troubles des

mouvements respiratoires aboutissant rapidement à l'arrêt total. Chez un lapin, une dose de 5 milligrammes provoque une mort presque foudroyante.

3° *Quebrachamine.* — La quebrachamine ne produit guère qu'un effet paralytique; elle ne donne pas de nausées ni de phénomènes d'excitation; le pouvoir conducteur de la moelle semble diminué.

4° *Hypochebrachine.* — Chez les grenouilles, l'hypochebrachine produit, en outre de la paralysie des muscles, la paralysie des extrémités terminales des nerfs.

Chez les animaux à sang chaud on observe surtout des phénomènes nauséeux qui cependant ne vont pas jusqu'au vomissement.

5° *Aspidosamine.* — L'aspidosamine étant amorphe, les effets qu'elle produit varient un peu suivant les échantillons. Chez les grenouilles on voit surtout une excitation du système nerveux central; puis survient la paralysie des extrémités terminales des nerfs.

Chez les animaux à sang chaud, les effets méritent d'être étudiés avec la plus grande attention.

Chez le chien, l'action produite se rapproche d'abord de celle de l'apomorphine. Il y a de l'inquiétude, de la salivation, de l'accélération du pouls, enfin, — phénomène que n'avait donné aucun des autres alcaloïdes — des vomissements. Mais tandis que l'apomorphine accélère les mouvements respiratoires l'aspidosamine ne tarde pas à les diminuer, agissant alors de la même façon que l'acide cyanhydrique. Les mouvements d'inspiration deviennent faibles, ils se font avec difficulté; enfin ils se suspendent entièrement. Mais après quelques instants d'arrêt ils reprennent de nouveau. Il semble qu'il faille que l'acide carbonique s'accumule avant de produire une excitation suffisante pour agir sur le centre respiratoire. Cette respiration périodique cesse elle-même un peu de temps avant la mort. Les battements du cœur persistent toujours plus longtemps que la respiration. Il importe en passant de remarquer que ce double effet de vomissements et de dyspnée tend à confirmer la théorie de l'identité du centre respiratoire et du centre nauséeux.

Harnack et Hofmann ont aussi étudié d'une façon plus spéciale que pour les autres alcaloïdes l'affaiblissement musculaire que l'aspidosamine produit chez la grenouille. Ils se sont servi d'un instrument dû à Rosenthal et disposé de telle sorte que chaque contraction musculaire élève un poids d'un certain nombre de degrés. Les excitations étaient intermittentes et d'intensité constante. Pour diminuer les causes d'erreur on prenait la moyenne de la somme de travail fournie par quarante contractions successives.

Au début, immédiatement après l'injection d'aspidosamine, il y avait souvent une légère augmentation de la force contractile. Puis il y avait une diminution très rapide ayant son maximum dans les muscles situés vers le voisinage du point où avait été faite l'injection. Jamais on n'observa rien de pareil sur des grenouilles saines prises comme terme de comparaison.

En résumé, les alcaloïdes du quebracho semblent agir comme l'acide cyanhydrique et la morphine, en diminuant l'irritabilité du centre respiratoire mais avec moins de danger que le premier, moins d'effets accessoires que la seconde. Ils seront principalement utiles dans les dyspnées

qui ne résulteront pas d'obstacles mécaniques au passage de l'air ou de troubles circulatoires. Les deux alcaloïdes qui paraissent surtout mériter d'être employés sont la quebrachine et l'aspidospermine. La quebrachine présente l'avantage d'être cristallisée et de ne pas provoquer les vomissements. Les sels sont assez facilement solubles dans l'eau tiède. Mais on l'emploiera avec prudence à cause de son pouvoir toxique. Les doses que Maragliano a pu donner sans accident sont de $0^{gr},05$ à $0^{gr},10$ soit à l'intérieur, soit par injections sous-cutanées. (Voy. *R. S. M.*, XXIII, 478.)

M. DEBOVE.

Ueber Papayotin, par FINKLER et ROSSBACH (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 21, *p.* 334, 26 *mai* 1884).

Finkler a fait ses expériences avec de la papayotine venant directement d'Amérique. Il a constaté qu'elle dissolvait, dans un temps relativement court, mille fois son poids de fibrine. La dissolution s'accomplit, quelle que soit la réaction acide, alcaline ou neutre; toutefois elle est plus active dans ce dernier cas. Ce fait est favorable à l'emploi de la papayotine, comme adjuvant dans les lavements nourriciers, parce que, grâce à la réaction neutre ou faiblement alcaline du gros intestin, le ferment peut y développer toute sa puissance.

La dissolution des membranes diphtéritiques, en présence de la papayotine, s'effectue dans un temps assez variable, de quelques heures à 1 ou 2 jours. A mesure que les fausses membranes se dissolvent, on constate un abaissement de la température.

Dans la discussion, *Rossbach* déclare que l'influence de la papayotine sur les productions diphtéritiques est hors de contestation; seulement elle ne se montre que graduellement et par conséquent elle ne dispense pas de la trachéotomie en cas de suffocation. Rossbach a également observé la diminution de température coïncidant avec la dissolution des fausses membranes. (*R. S. M.*, XV, 490, 492 et 493; XXI, 109 et 426; XXII, 150; XXIII, 107 et 472; XXIV, 90.)

J. B.

I. — Ueber Paraldehyd-und Acetalwirkung bei Geisteskranken, par LANGREUTER (*Berliner klinische Woch.*, *n°* 24, *p.* 381, 16 *juin* 1884).

I. — Note relative à l'action physiologique de la paraldéhyde, par J.-L. PRÉVOST (*Revue médic. de la Suisse romande*, *IV*, *p.* 577).

I. — A l'asile d'aliénés de Dalldorf, on a expérimenté en grand les effets de la paraldéhyde et de l'acétal. La dose moyenne de la première était de 6 grammes, celle du dernier de 10 grammes. Le véhicule était de l'huile d'olive aromatisée avec de l'essence de menthe. Les deux médicaments ont été pris par les malades, plusieurs mois durant, sans inconvénients autres que leur goût désagréable et leur odeur persistante.

Administrée le soir, la paraldéhyde a eu l'effet désiré 90 fois sur 100; 61 fois sur 100 quand on l'administrait le jour. Elle a déterminé le sommeil dans un temps variable de 5 à 30 minutes. L'action a été la plus nette chez les malades dont le sensorium était troublé : état anxieux des épileptiques, paralytiques agités.

L'acétal agit de la même façon mais avec moins de puissance et de

certitude que la paraldéhyde ; en outre il provoque des phénomènes accessoires plus gênants.

Dans la discussion, *Moeli* déclare qu'il n'a pas obtenu des résultats aussi satisfaisants que Langreuter, en ce qui touche l'acétal. Chez les maniaques le médicament a été absolument inefficace. Les résultats ont été un peu moins défavorables chez les délirants lorsqu'on le donnait en lavement après l'avoir associé à la morphine (1 centigramme de morphine avec 6 ou 8 grammes d'acétal).

II. — Les expériences de Prévost ont été faites sur des grenouilles, des lapins, des cochons d'Inde, des rats et des chats. Elles confirment en tous les points les conclusions de Cervello, le premier expérimentateur de la paraldéhyde.

La paraldéhyde, injectée sous forme de solution dans les veines, ou administrée par voie sous-cutanée, peut produire une anesthésie profonde comparable à celle que l'on obtient avec le chloral.

Les réflexes subsistent plus longtemps qu'avec le chloral et la disparition des réflexes profonds (réflexes tendineux) est toujours d'un pronostic grave.

La mort survient par paralysie des centres respiratoires, le cœur étant toujours l'ultimum moriens, grande différence avec ce qui arrive avec le chloral et le chloroforme.

La paraldéhyde doit être considérée comme un hypnotique et ne se prête pas à l'anesthésie chirurgicale. (*R. S. M*; XXI, 485 ; XXIII, 85 et 119; XXIV, 104, 461 à 463; XXV, 471.)

Experimentelle Untersuchungen ueber Ergotin, Ergotinin und Sclerotinsäure, par MARKWALD (*Zeitckrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band X, Heft* 2).

L'auteur communique le résultat des expériences entreprises dans le but d'établir l'influence des préparations ergotées : 1° sur la pression sanguine ; 2° sur les contractions utérines ; 3° sur les hémorragies. Les préparations qui ont servi aux expériences sont :

1° L'extrait de seigle ergoté préparé par Friedländer, contenant un milligramme d'ergotinine par gramme de liquide ; 2° l'acide sclérotinique, préparé par Witte, dissous dans une solution à 0,06 0/0 de chlorure de sodium et neutralisé par le carbonate de soude ; 3° l'ergotinine de Tanret ; 4° le citrate d'ergotinine de Gehe ; 5° la solution d'ergotinine de Bombelon.

a) Pression sanguine. L'ergotine ou extrait d'ergot (0,25 à 1,0) produit d'abord une élévation brusque de la pression, puis un abaissement, suivi d'une élévation qui se prolonge longtemps.

Les trois ergotinines produisent une élévation plus forte de la pression sanguine que l'ergotine. Leur influence doit être classée dans l'ordre suivant : en première ligne, le citrate d'ergotinine (Gehe) ; en deuxième ligne, la solution de Bombelon ; en dernière ligne, l'ergotinine de Tanret.

L'acide sclérotinique agit en sens inverse de l'ergotine ; il diminue la pression sanguine : ce qui explique les résultats contradictoires obtenus avec l'ergotine, dont l'ergotinine et l'acide sclérotinique constituent les

parties essentielles. L'auteur attribue le peu d'influence de l'ergotinine Tanret à son impureté et à son mélange avec des matières colorantes, scléréthryne, sclérojodine (Dragendorff et Podwissotzki.)

b) L'action sur l'utérus de l'ergotine et de l'acide sclérotinique est très remarquable par son intensité et sa constance : les contractions rythmiques augmentent « énormément » de force et de durée : l'auteur n'a pas observé d'état tétanique sous l'influence de ces deux substances. Au point de vue de la force, de la durée et de la marche des contractions, il n'y a pas de différence entre l'action de l'un ou de l'autre médicament.

L'ergotinine, aussi bien celle de Tanret que celle de Gehe ou de Bombelon, n'a absolument aucune influence sur les contractions de la matrice ; quelle que soit la forme et la dose de ces substances, quelle que soit l'espèce d'animaux employés et l'état de ces animaux (vierges, en gestation, ou après parturition), les contractions ne sont ni augmentées ni prolongées, ni plus fréquentes ni plus régulières.

c) Au point de vue hémostatique, l'acide sclérotinique paraît seul avoir une action réelle. Ainsi, tandis que sous l'influence de l'ergotine, la quantité du sang perdu par seconde varie de 4 centimètres cubes (avant l'injection) à $2^{cc},5$ immédiatement après et à $0^{cc},9$ cubes plus tard, sous l'influence de l'ergotinine, la quantité varie de $16^{cc},4$ à $16^{cc},6$ et $14^{cc},3$; et sous l'influence de l'acide sclérotinique, de 20 centimètres cubes à $16^{cc},2$ et à $13^{cc},3$.

L'ergotinine ne doit donc être employée ni comme hémostatique ni comme agent de contraction. Son usage doit être réservé pour combattre les phénomènes hyperémiques avec paralysie des vasomoteurs.

L'ergotine et l'acide sclérotinique conviennent également pour provoquer les contractions et pour arrêter les hémorragies de la matrice. L'acide sclérotinique jouit en plus d'une action hémostatique générale ; mais comme on ne peut l'administrer par la voie sous-cutanée, l'ergotine mérite la préférence. La meilleure préparation pour injecter l'ergotine consiste à la dissoudre dans une solution de chlorure de sodium à 0,73 0/0 (*R. S. M.*, XVII, 641). H. DE BRINON.

Études sur l'inhalation du formène et du formène monochloré (chlorure de méthyle), par J. REGNAULD et VILLEJEAN (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 13 *avril* 1885).

Le formène n'a aucune action anesthésique et on ne peut pas même comparer les propriétés de ce corps à celles du protoxyde d'azote. Quant au formène monochloré ou chlorure de méthyle, l'étude de ses propriétés anesthésiques, observées en 1867 par Richardson, montre que le poids de ce corps nécessaire pour produire l'anesthésie, est, chez le chien, double du poids de chloroforme produisant les mêmes effets. Son élimination est rapide, d'où la brièveté remarquable de la période de retour à l'état normal. M. DUVAL.

Ueber den giftigen Bestandtheil der essbaren Morchel (Helvella esculenta) (Sur le principe toxique de la morille comestible), par R. BOEHM et E. KÜLZ (*Archiv für experiment. Pathol. u. Pharmakol. Band XIX, p.* 403).

Les expériences de Boström et de Ponfick ont démontré que la morille

fraîche contient un principe vénéneux pour l'homme et pour plusieurs mammifères. Boehm et Külz ont réussi à isoler la substance toxique par un procédé d'extraction très long, très coûteux et assez compliqué, basé sur sa solubilité dans l'eau, l'alcool et l'éther. (Traiter 50 kilogrammes de morilles par 100 kilogrammes d'alcool absolu; — la solution alcoolique évaporée est traitée par l'éther; — la solution éthérée est évaporée, puis traitée par l'éther absolu; — la nouvelle solution éthérée est évaporée puis traitée par l'alcool absolu; — la solution alcoolique est évaporée puis traitée par l'eau; — la solution aqueuse est évaporée dans le vide sur l'acide sulfurique et fournit alors un sirop acide qui représente la substance toxique pure.)

C'est un acide de consistance sirupeuse. Le sel de baryum qui a pour formule $C_{12}H_{18}BaO_7$ se présente sous forme de flocons blancs insolubles dans l'alcool absolu. Bœhmm et Külz proposent de donner à la substance le nom d'acide helvellique (*Helvellasäure*). Ils n'ont malheureusement pu trouver aucune réaction chimique caractéristique de l'acide helvellique.

LÉON FREDERICQ.

Sur un cas de tentative d'empoisonnement par le pétrole, par DUGUET (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 *juin* 1885).

B..., âgée de 48 ans, alcoolique, avale le 8 mai, environ un demi-litre de pétrole du commerce; trois heures et demie après, on l'apporte à l'hôpital, elle exhale une forte odeur de pétrole et rend après l'administration d'un vomitif et d'un purgatif, des matières alimentaires et des selles recouvertes d'une couche de pétrole. L'urine, émise à ce moment, avait une forte odeur de pétrole. La malade fut soumise au régime lacté exclusif, et, au bout de dix jours, était rétablie. L'odeur du pétrole exhalé par l'haleine, les selles, l'urine dura quatre jours.

Le lendemain de l'accident, les premières urines recueillies étaient recouvertes par une couche de pétrole de 2 à 3 centimètres qui surnageait, celles du reste de la journée, par une couche de 1 centimètre; il y avait en tout 400 centimètres cubes d'urine surmontée par une couche de 21 centimètres cubes de pétrole, contenant de l'albumine, des cylindres, des cellules épithéliales et des cristaux.

Urines du deuxième jour: 800 centimètres cubes, pétrole 5 centimètres cubes. Troisième jour, urines : 2,000 centimètres cubes, couche très mince de pétrole. Quatrième jour, urines : 1,800 centimètres cubes, simple odeur de pétrole. Cinquième jour, ni odeur, ni albumine, ni sédiment.

H. L.

Toxic symptoms from tincture of indian hemp in officinal doses, par R. ROBERTSON (*Med. Times and Gaz.*, 20 *juin* 1885).

On avait prescrit de la teinture de chanvre indien à plusieurs malades atteints de toux. La préparation employée ayant paru inerte, on lui en substitua une autre plus forte. Cette dernière fut administrée à trois malades.

1° Homme de 28 ans. Une heure après avoir pris le médicament, il sentit quelque chose lui monter à la tête et crut perdre connaissance. Examiné quelques minutes après par l'auteur, il présenta les symptômes suivants: conservation complète de l'intelligence ; dilatation et insensibilité de la pupille ; mouvements convulsifs des jambes ; faiblesse musculaire ; mains tantôt froides, tantôt chaudes et baignées de sueur ; engourdissement passager

des jambes et des avant-bras. Le lendemain, le malade raconta que le médicament ne lui avait pas donné d'idées gaies; à chaque instant il croyait qu'il allait mourir. Les mouvements convulsifs des jambes avaient été précédés d'engourdissement. Pendant les convulsions, il n'avait pas eu la sensation de mouvements dans les jambes ; il lui avait semblé que ses jambes appartenaient à une autre personne.

2° Homme de 44 ans. Une demi-heure après avoir pris la teinture, il se sentit comme étourdi et fut obligé de se coucher. Il voyait les objets comme à travers un nuage.

3° Femme de 28 ans. Vingt minutes après avoir pris la teinture, elle se sentit subitement étourdie. Les objets et les sons semblèrent s'éloigner d'elle. Elle crut avoir perdu l'usage de ses jambes et se leva plusieurs fois pour voir si elle pouvait encore marcher. J.-B. H.

I. — Empoisonnement par l'acide phénique, par DELAHOUSSE (*Arch. de méd. et ph. militaires*, 1er *avril* 1885).

II. — Un cas d'empoisonnement par l'acide phénique, par FRIBOURG et WISSEMANS (*Ibid.*, 16 *avril* 1885).

I. — L'auteur relate trois cas d'empoisonnement par ingestion d'une solution d'acide phénique, dont deux furent suivis de mort. Après une description des symptômes et des lésions anatomiques constatées à l'autopsie, M. Delahousse insiste sur le traitement que l'on doit mettre en pratique immédiatement après l'ingestion de l'acide. Lavage de l'estomac avec une solution de saccharate de chaux ou, à son défaut, une autre solution alcaline, que l'on fera suivre de l'absorption d'une préparation de bismuth, pour panser les surfaces ulcérées : puis on donnera des excitants, soit par la voie buccale, soit par la voie rectale, et l'on usera des principaux révulsifs extérieurs.

II. — Cas d'empoisonnement, après ingestion d'une gorgée d'acide phénique impur du commerce. Symptômes ordinaires rapidement survenus. Bon effet des injections d'éther, guérison. OZENNE.

I. — Sur un cas d'intoxication saturnine occasionnée par la manipulation et l'empaquetage de la braise dite chimique, par DUGUET (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 *mars* 1885).

II. — Note sur une cause encore peu connue d'intoxication saturnine, par GÉRIN ROZE (*Ibid.*, 11 *mars* 1885).

I. — M..., âgée de de 27 ans, entre le 20 février à l'hôpital; très anémiée, elle éprouve des arthralgies, des myalgies et de vives coliques; elle porte un liséré bleu très marqué. Elle travaille depuis 1875 dans une fabrique de braise chimique sans avoir éprouvé d'inconvénient jusqu'en février 1883, où elle semble avoir eu une première atteinte de colique saturnine; elle ne rentra à l'atelier qu'au mois d'octobre 1883; or, l'atelier avait été transféré d'un troisième étage à un sous-sol à peine aéré; rapidement elle maigrit et perdit 15 kilogrammes en quatre mois.

Voici en quoi consiste le mode de préparation de la braise chimique.

La braise livrée par le boulanger est divisée en petits morceaux, dans une bassine dont le fond est percé de trous, et qui est trempée dans une plus grande bassine contenant le bain chimique lequel est chauffé par des tuyaux remplis de vapeur; puis les morceaux sont retirés et séchés

au four; les ouvrières rangent ces petits morceaux bien secs dans des boîtes contenant cent morceaux; ce travail d'empaquetage occasionne la production d'une abondante poussière noire qui couvre la figure et les mains des ouvriers, et qui a une saveur sucrée.

D'après les renseignements de la malade, les apprenties ne pourraient se faire à ce travail, et les ouvrières seraient toutes plus ou moins malades.

II. — L'auteur relate un fait identique à l'observation de Duguet.

H. LEROUX.

On the nervous lesions produced by lead poisoning, par Arthur ROBINSON (*Brain*, *p.* 485, *janvier* 1885).

L'auteur rappelle la rareté des autopsies de saturnisme malgré la grande fréquence de l'affection. Jusqu'au travail de Moritz sur la paralysie saturnine (*Journ. of anat. and phys.* 1880), on comptait 17 observations de ce genre. En y ajoutant depuis les deux cas d'Œller (*Thèse de Munich*, 1883) et de Duplaix (*Arch. méd.*, 1883, vol. 2) on a toute la bibliographie de l'affection.

Voici un cas de saturnisme nerveux vérifié à l'autopsie :

Homme de 30 ans, peintre depuis 14 ans, atteint de nombreuses coliques de plomb et d'une paralysie atrophique des avant-bras, portant de préférence sur les extenseurs, mais atteignant également les fléchisseurs. Amélioration momentanée par l'iodure de potassium et les courants continus. 15 mois plus tard, il rentre à l'hôpital avec des symptômes de néphrite (albuminurie, anasarque) et il meurt en août 1884.

A l'autopsie, aucune modification appréciable de la substance nerveuse. Les tubes nerveux des faisceaux de la moelle sont intacts, sans dégénération de la myéline ni gonflement du cylindraxe. Les cellules nerveuses de la substance grise ne semblent ni réduites en nombre, ni atrophiées; il n'y a pas de prolifération de la névroglie.

La lésion la plus caractéristique est la dégénération hyaline de la paroi des artères, aussi bien dans la substance grise que dans les parties blanches de la moelle.

L'examen des nerfs périphériques est aussi négatif. Les fragments de nerf radial, examinés, montrent l'intégrité des cylindraxes, l'absence de fragmentation de la gaine de myéline, la non-prolifération des noyaux de la gaine de Schwann, l'absence de sclérose interstitielle. Les seules modifications portent sur les artères, qui présentent de l'endartérite comme dans la moelle.

Les reins offrent les lésions de la néphrite interstitielle.

A ce propos, l'auteur passe en revue les données que nous possédons sur les lésions anatomiques de la paralysie saturnine. On sait qu'il y a trois hypothèses principales soutenues à cet égard. La première (Friedländer) y voit une myosite primitive produite par le plomb, et suivie secondairement de névrite ascendante. La seconde soutenue par Zenker, Leyden et Ferrier, rapporte les symptômes à une névrite périphérique. Enfin, Remak, Vulpian et Déjerine considèrent la lésion comme centrale, liée à une poliomyélite antérieure.

H. R.

I. — Erkrankung anscheinend hervorgerufen durch Naphthalin, par EVERS (*Berliner klinische Wochenschrift*, 15 *septembre* 1884).

II. — Zur chronischen Nikotinvergiftung, par M. TREYMANN (*Idem*, 27 *octobre* 1884).

III. — Einige Bemerkungen zu dem Artikel! Zur chronischen Nikotinvergiftung von M. Treymann, par EVERS (*Idem*, 8 *décembre* 1884).

I. — Au mois d'août, Evers est pris, sans cause appréciable, d'un ensemble d'accidents qui résistent à tous les médicaments : langue saburrale, sécheresse de la gorge, envies de vomir, douleur térébrante sourde au pourtour de l'ombilic, insomnie, prurit universel, érythème rouge foncé à la face interne des jambes et dorsale des pieds. Après chaque repas seulement, Evers éprouvait du soulagement et lorsqu'il passait la journée hors de chez lui, il n'avait aucun de ces troubles.

Tous les meubles de son appartement avaient été saupoudrés de naphtaline pour les préserver des papillons. Un jour où il prenait part lui-même à l'opération, il ressentit brusquement des nausées et des coliques sourdes, ce qui le mit sur la trace de l'origine de ses maux. Il suppose, en effet, qu'il a eu une espèce d'intoxication due au séjour dans une àtmosphère imprégnée de naphtaline impure en voie de volatilisation.

II et III.— Treymann qui, comme Evers, est grand fumeur, se demande si les troubles morbides présentés par celui-ci ne doivent pas être mis plutôt sur le compte de la nicotine, car lui-même a éprouvé une série d'accidents presque identiques.

Mais Evers répond que s'il ne peut affirmer que ses malaises fussent dus à la naphtaline, il est au moins sûr qu'ils ne tenaient point au tabac, car depuis un an, il n'a plus rien eu de semblable, sans avoir changé quoi que ce soit à ses habitudes de fumeur. J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

Traité de matière médicale, ou pharmacographie, physiologie et technique des agents médicamenteux, par FONSSAGRIVES (*Paris*, 1885).

L'ancien professeur des écoles de médecine navale et de la faculté de Montpellier complète par cet ouvrage la série de ses travaux sur la thérapeutique. Il divise son livre en quatre parties : la pharmacologie dynamique, puis les pharmacologies minérale, végétale et animale. Dans chaque division, les matières sont disposées suivant la classification naturelle. Autant l'ordre d'histoire naturelle et celui de la physico-chimie répugnent à la thérapeutique, autant au contraire il convient à une étude de la matière médicale. Ainsi, dans la section consacrée à la pharmacologie végétale, les familles de plantes sont énumérées l'une après l'autre et les médicaments sont étudiés à propos de chacune d'elles. Chaque chapitre comprend la description de la substance ou sa pharmacographie ; sa physiologie, c'est-à-dire, le mode suivant lequel il réactionne l'économie; sa technique, ou les formes et les doses suivant lesquelles il est administré.

Il a consacré avec raison de nombreuses pages à la pharmacologie dynamique, c'est-à-dire à l'étude des forces considérées comme agents

médicamenteux; leur importance ne saurait en effet se discuter aujourd'hui que sous la lueur des progrès merveilleux de la physique moderne, le champ de l'action curative de ces agents va s'élargissant tous les jours. Après avoir fait ressortir combien est féconde cette notion scientifique moderne qui proclame l'identification des forces physiques en une force unique, le mouvement, l'auteur étudie successivement le mouvement et le repos à propos desquels il entre dans des considérations sur les effets et les indications de la voiture, de l'équitation, du chemin de fer, de la gymnastique locale ou générale, du massage, des frictions, puis il passe en revue l'action de la chaleur, de la lumière, du magnétisme, de l'électricité, puis de ces forces encore inconnues dans leur nature et qui traduisent leur influence sur le système nerveux par les phénomènes du magnétisme animal ou mesmérisme et du braidisme.

A propos de chaque agent, il ajoute une indication, sans discussion aucune, de ses attributions thérapeutiques groupées méthodiquement autour des éléments de son action physiologique ou curative. Il s'est tenu au courant des acquisitions récentes de la thérapeutique, mais il a aussi rappelé certains médicaments oubliés et qui ne méritaient pas de l'être. Tison, qui a revu l'ouvrage posthume de l'auteur, y a ajouté des notices sur la cocaïne et sur l'*Euphorbia pilulifera*. BAZILE FÉRIS.

I. — Traité élémentaire et pratique d'électricité médicale, par G. BARDET (*Paris*, 1884).

II. — Traité d'électrothérapie, par W. ERB, traduit par RUEFF (*Paris*, 1884).

III. — Électricité médicale, études électro-physiologiques et cliniques, par BOUDET DE PÂRIS (*Paris*, 1885).

IV.— Manuale di elettroterapia galvanica, informato alle piu recenti innovazioni, par Dom. MUCCI (*Piacenza*, 1883).

I. — Depuis l'exposition de Paris, en 1878, et le Congrès international des électriciens, l'électricité a fait de grands progrès, surtout au point de vue de la mesure de la quantité d'électricité, de l'intensité du courant, de la différence de tension ou de potentiel et de la résistance. On possède maintenant des unités qui sont des points de comparaison précis. Les médecins n'avaient pas encore entre leurs mains d'ouvrage classique leur donnant des notions certaines à ce sujet, et leur permettant de manier ce *médicament* avec autant de certitude qu'on peut le faire avec tout autre agent de la matière médicale. Bardet consacre la première partie de son livre, la plus grosse, à l'exposition des faits purement physiques; à notre avis cette partie n'est pas trop développée, car le praticien a souvent oublié ces connaissances.

Dans la deuxième partie, il fait une revue rapide de l'électro-physiologie, et il insiste particulièrement sur les faits positifs pouvant être utiles à la pratique électrothérapique. Les applications thérapeutiques font l'objet de la troisième et de la quatrième partie; l'auteur étudie à part les indications générales et les indications particulières. Dans la dernière partie, il traite des applications de l'électricité au diagnostic, lesquelles rendent maintenant des services journaliers à la pratique médicale.

II. — Nous sommes tenus de suivre les progrès de l'électricité, non seulement en France, mais encore à l'étranger. C'est à ce titre que l'électrothérapie de Erb méritait d'être traduite en français. Notre école, se limitant par tradition scientifique à l'étude exclusive des faits, s'est refusée d'émettre des théories dont elle n'aurait pas pu démontrer l'exactitude. Il n'en était pas de même de l'école allemande d'où sont sorties la plupart des théories qui régissent actuellement la physiologie et la thérapeutique électriques. Après que Chauveau eût introduit la méthode polaire en physiologie, Brenner s'efforça de démontrer que cette méthode polaire d'exploration et de traitement répondait beaucoup mieux que la méthode de direction aux lois de la physique et de la physiologie. La théorie de l'électrotonus a donné lieu, entre Erb et Eulenburg, à une polémique qui ne s'est calmée que par l'intervention d'une nouvelle théorie, celle d'Helmholtz. La réaction de dégénérescence a été admise en Allemagne comme un des principaux éléments de l'électrodiagnostic. Ce sont là quelques-unes des théories sur lesquelles repose l'ouvrage dont nous parlons. En dehors de cela, il existe un certain nombre de faits cliniques bien observés et parfaitement étudiés.

III. — Cet ouvrage de Boudet de Pâris, dont le premier fascicule vient de paraître, semble devoir être, si nous en jugeons par les premières pages, une œuvre vraiment magistrale. Ce sont des études sérieuses, originales, basées sur un assez grand nombre de faits. Le but de l'auteur a été de trouver des indications à la fois scientifiques et précises qui puissent guider le lecteur dans les applications thérapeutiques de l'électricité, particulièrement dans ce qui a rapport aux affections du système musculaire. On peut établir dès maintenant les lois du traitement électrique en ce qui a trait aux affections neuro-musculaires ; c'est combler ainsi une bien grande lacune ; car le praticien qui veut employer l'électricité est fort embarrassé en consultant les auteurs qui sont souvent d'un avis différent, non seulement sur le genre d'électricité, mais encore sur le mode suivant lequel on doit l'employer.

Le fascicule paru traite de préliminaires physiologiques, de la contraction et du travail musculaire, de l'excitabilité en général et de l'excitant électrique, de l'excitabilité motrice et de l'excitant galvanique.

IV. — Le manuel de Mucci, mis au courant de la science actuelle, est un résumé court mais clair de l'électrothérapie. A la fin du volume il consacre de nombreuses pages à la thérapeutique galvano-chirurgicale, à propos de laquelle il étudie spécialement les exsudats morbides, les varices et les anévrismes. B. FÉRIS.

Traitement antiseptique des maladies infectieuses aiguës, par Ch. BOUCHARD
(*Revue de médecine, novembre* 1884).

Bouchard développe dans ce travail l'idée que bon nombre des agents médicamenteux dits antithermiques n'abaissent la température qu'en s'opposant au développement des organismes inférieurs, cause de l'infection. Médicaments antithermiques, médicaments antiseptiques doivent donc presque tous être réunis dans un seul groupe : de ce nombre sont les mercuriaux, la quinine, l'acide phénique, l'acide salicylique, le chloral, l'aniline, la résorcine, la kairine, etc. Il importe donc de déter-

miner expérimentalement pour les maladies infectieuses dont l'agent a été isolé la sensibilité de cet agent à l'égard des diverses substances dites antiseptiques puis, lorsqu'il s'agira d'une affection pouvant être développée par inoculation chez l'animal, de déterminer par tâtonnement les agents thérapeutiques, s'ils existent, qui pour chaque maladie, sont capables d'arrêter l'envahissement parasitaire, sans nuire à l'animal malade. Dans une autre série d'expériences, l'auteur s'est efforcé de déterminer la quantité des liquides dissolvants (eau, alcool, glycérine) qu'on peut, sans inconvénient, injecter dans les veines, ainsi que l'*équivalent thérapeutique* de diverses substances antiseptiques qui pourront être introduites dans le sang à la faveur de l'un ou de plusieurs de ces dissolvants. Il prouve en outre que si l'on associe plusieurs de ces substances on ne voit pas leur toxicité augmenter autant que leur action antiseptique. Si, par exemple, on mélange pour une seule injection intraveineuse les équivalents thérapeutiques de six substances antiseptiques, ce mélange sera toxique. Pour qu'il soit inoffensif, il ne sera pas nécessaire d'injecter seulement le sixième du mélange, on pourra injecter le tiers des six équivalents.

Dans la seconde partie de son mémoire, Bouchard expose la médication à laquelle il a recours pour le traitement de la fièvre typhoïde depuis plus de neuf ans. Afin de s'opposer à la putridité de l'intestin et à la résorption de ces alcaloïdes analogues aux ptomaïnes qui se forment dans les anses intestinales, il fait absorber aux malades du charbon végétal. Il note ainsi l'absence d'odeur des selles et les matières intestinales filtrées ne contiennent presque pas d'alcaloïdes. Enfin pour réaliser l'antisepsie du tube digestif, Bouchard ajoute au charbon une substance antiseptique insoluble, telle que le salicylate de bismuth ou l'iodoforme, substances qui ne sont pas ou à peine absorbées. Grâce à cette médication avec le charbon simple, il vu la mortalité hospitalière de la fièvre typhoïde tomber de 20 à 15 0/0 ; avec le charbon iodoformé, elle n'est plus que de 10 0/0.

C. GIRAUDEAU.

Ueber die Anwendung des Kairins bei Lungenphthise, par SORGIUS (*Berliner klinische Wochens.*, n° 12, *p.* 179, 24 *mars* 1884).

Dans des cas de phtisie fébrile, Sorgius a réussi à maintenir la température au degré normal, des semaines durant, en administrant la kairine à la dose de 25 centigrammes, répétée de demi-heure en demi-heure et quelquefois de quart d'heure en quart d'heure ou au contraire de trois quarts d'heure en trois quarts d'heure.

Si l'on donne des doses plus considérables, à de plus grands intervalles, on est sûr de voir survenir des sueurs profuses et des frissons, tenant à un abaissement de la température au-dessous de la normale.

Sorgius fait prendre le médicament une heure ou une heure et demie avant l'apparition de l'accès fébrile et en continue l'administration, au moins durant la première semaine du traitement, pendant la première heure ou les deux heures et demie qui suivent le retour de la température à la normale. Sinon, les malades ont un frisson accompagnant une rapide élévation de la température au-dessus même du degré qu'elle eût atteint, si on n'eût pas eu recours à la médication antipyrétique.

Sorgius conclut de ses expériences que dans les cas de phtisie fébrile si les méthodes ordinaires se sont montrées impuissantes, on obtient, avec la kairine, constamment un abaissement durable de la température ; que l'emploi prolongé de ce médicament n'a aucun inconvénient pour l'organisme mais qu'il nécessite une surveillance très attentive du médecin, ce qui fait que cet agent ne convient guère dans la clientèle privée. J. B.

I. — Contribution à l'étude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine, par L. ARDUIN (*Thèse de Paris*, 1885).

II. — L'antipyrine dans la phtisie et dans les autres désordres fébriles, par J. HOLLAND (*The practitioner, mai* 1885).

III. — Essai sur l'application de l'antipyrine au traitement de la phtisie pulmonaire, par G. COCULET (*Thèse de Paris*, 1885).

I. — Chez les phtisiques, l'antipyrine abaisse sûrement et presque mathématiquement la température, et leur donne une sensation de bien-être tout à fait remarquable en calmant la dyspnée et l'insomnie. Pour éviter les sueurs, il ne faut pas donner 1 gramme ou 1gr,50 à la fois, mais des doses fractionnées de 50 centigrammes et même 25 centigrammes. Dans la pneumonie, la température a été aussi abaissée ; ce qui fait croire à Huchard à une action élective de l'antipyrine non seulement sur la fièvre de la phtisie pulmonaire, mais encore sur celle de presque toutes les maladies du poumon.

Dans la fièvre typhoïde, la température est toujours abaissée d'au moins un degré ; mais il faut des doses plus fortes que dans la phtisie et la pneumonie, c'est-à-dire 1 gramme et même 2 grammes en deux doses à une heure d'intervalle. Dans trois cas de péritonite puerpérale, il y eut une amélioration considérable.

L'antipyrine abaisse le pouls en même temps que la température, mais dans une bien plus faible proportion.

D'après les expériences sur les animaux, l'antipyrine agit sur la moelle allongée et le cerveau, elle amène de la paraplégie et des convulsions cloniques et toniques. Les animaux meurent par paralysie du cœur. L'auteur, avec Hénocque, a constaté une action hémostatique absolument évidente.

Le médicament est indiqué dans l'hyperthermie et dans la continuité de la fièvre ; avec des doses fractionnées, on n'a pas à craindre de produire l'adynamie.

II. — L'auteur a étudié l'action de l'antipyrine pour combattre la fièvre des phtisiques, comparativement à celle de la salicine, de la digitale, de l'aconit, de la kairine et de la teinture de Warburg. Le premier de ces médicaments s'est toujours montré bien supérieur à tous les autres. Chez les adultes on peut donner toutes les quatre heures de 75 centigrammes à 1 gramme, sans avoir à redouter de phénomènes toxiques.

III. — Dans la granulie aiguë il ne faut administrer qu'avec beaucoup de réserve l'antipyrine : en donner seulement si la température est par trop élevée ; employer alors les doses de 2 grammes, seules rapidement efficaces, et en cesser l'emploi dès que la température a baissé suffisamment. Il ne faut pas chercher à obtenir une apyrexie complète. Dans

la tuberculose chronique, non seulement le médicament abat la fièvre, mais encore il arrête les hémoptysies, diminue les congestions et augmente l'appétit, et de plus il agit comme antiputride. B. FÉRIS.

I. — Note complémentaire sur l'antipyrine, par E. RAPIN (*Revue méd. de la Suisse romande, IV*, 532, *septembre* 1884).

II. — Sur la kairine et l'antipyrine, deux nouveaux fébrifuges, par Louis SECRETAN (*Idem*, 684 *et* 690, *novembre* 1884).

III. — Einige Bemerkungen über die Wirkung des Antipyrin, par GOETZE (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 10, *p.* 145, 9 *mars* 1885).

Les travaux indiqués ci-dessus confirmant, dans toutes leurs parties essentielles, les observations déjà faites sur l'antipyrine (*R. S. M.*, XXV, 344), nous n'en mentionnerons que les faits saillants.

I. — Rapin n'a encore éprouvé qu'un échec en faisant usage de l'antipyrine. Il s'agissait d'un cas d'endocardite ulcéreuse dans lequel le médicament, prescrit peu de jours avant la mort, n'eut aucune influence sur la température.

Comme phénomènes accessoires, quelques malades ont éprouvé une bouffée de chaleur subite à la tête avec de légers bourdonnements d'oreilles.

II. — A l'hôpital cantonal de Lausanne, Secretan a cru remarquer que dans la médication par l'antipyrine, les sueurs sont plus fortes chez les typhoïdiques que chez les phtisiques.

La fièvre de suppuration lui a paru le moins justiciable de l'antipyrine.

III. — Le nouveau fébrifuge a été expérimenté à la clinique de Rossbach, à Iéna, dans les affections fébriles les plus diverses : typhoïde, pneumonie, pleurésie, phtisie, diphtérie, érysipèle de la face.

Chez quelques sujets prédisposés, il a déterminé des sueurs assez profuses pour nécessiter, à plusieurs reprises, dans l'espace de quelques heures, le changement de la literie et du linge de corps.

Gœtze a trouvé que les vomissements étaient un peu plus communs qu'on ne le dit.

Chez deux malades, 5 grammes d'antipyrine, administrés suivant les préceptes de Filehne, ont complètement échoué, quelques jours avant la mort. Il s'agissait de deux typhoïdiques qui ont succombé, l'un à une pneumonie, l'autre à une diphtérie laryngée méconnue.

Gœtze en conclut que l'antipyrétique, si puissant contre l'une et l'autre de ces maladies quand elles se présentent isolément, devient inefficace lorsque les deux affections fébriles se compliquent l'une l'autre.

D'un autre côté, il a observé deux cas de collapsus grave, suivant une chute thermométrique de près de 6 degrés ; chez l'un des malades, un typhoïdique de 22 ans, les mêmes accidents se reproduisirent lorsqu'on eut réduit de 5 à 3 grammes la dose du médicament ; chez l'autre, un enfant de 14 ans atteint d'érysipèle facial, le collapsus se produisit après 2 1/2 grammes.

Instruit par cette expérience, Gœtze commence maintenant par la dose de 3 grammes, chez l'adulte, l'administration de l'antipyrine.

Il a vu survenir 5 cas d'exanthème médicamenteux, tous chez des individus atteints de fièvre typhoïde ; 3 d'entre eux eurent une abondante desquamation furfuracée. Chez un quatrième, l'éruption accompagnée de démangeaisons intolérables, qui entraînèrent des grattements, continua à se répandre sur tout le corps malgré la suppression de l'antipyrine, puis se transforma en un eczéma croûteux qui persistait encore quatre semaines après le début de la convalescence.

Gœtze conclut que l'antipyrine n'exerce aucune influence sur l'évolution des maladies et que tout puissant qu'il est, ce n'est pourtant pas un fébrifuge universel, car il échoue là où d'autres antipyrétiques tels que la quinine et les bains, développent leurs effets. J. B.

Action comparative de quelques remèdes antifébriles, par de RENZI (*Rivista clin. e terapeut., juillet* 1885).

La thalline, l'antipyrine et la kairine ont été étudiées comparativement sur un certain nombre de malades. La dose variait de 1^{gr},50 à 8 grammes dans les 24 heures ; la dose ordinaire oscillait entre 2 et 4 grammes, en paquets de 50 centigrammes, et le médicament était suspendu dès que la température s'abaissait à 38 degrés.

Ces trois médicaments abaissent le thermomètre de quelques dixièmes à plusieurs degrés ; il peut même descendre au-dessous du niveau physiologique. Ce sont les températures les plus élevées qui sont les plus influencées.

Ces remèdes n'ont pas d'action cumulative et leur effet sur la température cesse promptement. Bien au contraire, il ne tarde pas à y avoir assuétude. Dans les premiers jours, leur influence est très évidente ; puis, malgré l'élévation des doses, l'abaissement devient plus tard insignifiant. Pour empêcher cette assuétude, on n'a aucun avantage à remplacer un de ces agents par un autre ; il faut en suspendre l'usage pendant un ou plusieurs jours. Pendant ce temps, on peut administrer, avec utilité et sans prolonger l'assuétude, d'autres anti-fébriles tels que l'acide salicylique et l'acide benzoïque.

Au point de vue de leur énergie, ils doivent être classés de la façon suivante : 1° la thalline ; 2° l'antipyrine ; 3° la kairine. Mais l'action antifébrile est plus transitoire avec la thalline qu'avec les deux autres médicaments ; les tremblements et les frissons sont plus intenses avec elle.

L'antipyrine a une action plus énergique que la kairine ; les frissons sont plus rares et les sueurs moins copieuses ; son influence est plus persistante et dure de 2 à 5 heures. Aussi l'antipyrine doit être préférée aux deux autres remèdes antifébriles. BAZILE FÉRIS.

L'antipyrine dans le rhumatisme articulaire, par MASIUS (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, XIX, n°* 1, 1885).

En moins de 24 heures, des doses de 3 à 5 grammes d'antipyrine, administrées par prises de 1 et 2 grammes, dans l'intervalle de quelques heures, non seulement ramènent la température au degré physiologique, diminuent la fréquence du pouls, augmentent la tension artérielle, mais produisent une amélioration notable de toutes les manifestations articu-

laires. Quelquefois l'amendement des phénomènes locaux précède l'abaissement de la température. Dans plusieurs cas de rhumatisme articulaire non fébrile, les résultats, obtenus par Masius, n'ont pas été moins favorables que dans le rhumatisme articulaire aigu à fièvre intense. Pour prévenir les récidives, il est indispensable de continuer l'usage de l'antipyrine pendant une huitaine de jours après la disparition de tous les phénomènes morbides.

Dans le rhumatisme articulaire vrai, l'antipyrine n'a pas une action curative aussi durable que le salycilate de soude, et avec elle les rechutes sont plus fréquentes ; elle ne réussit pas généralement quand le rhumatisme tend à se fixer dans les articulations.

Cependant l'antipyrine n'a pas les effets secondaires, pénibles du salicylate ; les vomissements sont rares, les transpirations peu abondantes. Pas de vertiges, pas de bourdonnements d'oreilles, pas de surdité ; les voies digestives restent en bon état. F. H.

Températures fébriles et antipyrétiques (la thalline), par JACCOUD (*Gaz. des hôp.*, 25 *juin* 1885).

L'auteur a administré le sulfate et le tartrate de thalline à onze malades, dont cinq typhiques, quatre tuberculeux, un pneumonique et un atteint d'érysipèle de la face. Les doses administrées étaient en général de 50 centigrammes, une seule fois de 1 gramme, par prises de 20 à 25 centigrammes toutes les heures. La température était prise régulièrement toutes les heures, à partir du moment de l'ingestion du médicament.

Chez les cinq typhiques, il y a eu vingt-quatre administrations à doses variant entre 75 et 20 centigrammes. La moyenne générale de l'abaissement thermométrique a été de 2°,26.

Dans trois cas de tuberculose, doses variant de 60 à 10 centigrammes, la moyenne de l'abaissement a été de 2 à 3°.

Chez un second tuberculeux, on donna un gramme de thalline ; la température tomba de 5°,6 et le collapsus fut tel qu'il fallut des soins énergiques pour relever le malade.

Le temps moyen pour obtenir la chute de température a varié entre 1 heure 3/4 et 3 heures ; chez les tuberculeux, l'abaissement a toujours été plus lent à se produire. Cet abaissement n'a jamais persisté plus de deux à trois heures, à partir du moment où le minimum a été atteint.

Chez tous les malades on a constaté des sueurs, mais moins abondantes qu'avec l'antipyrine ; jamais de troubles gastriques, céphaliques ou auriculaires.

L'auteur estime que la thalline est le plus énergique des antipyrétiques ; aussi son administration réclame-t-elle une grande prudence. On devra donner la première fois une faible dose, 25 centigrammes, par exemple, divisés en deux prises à une heure d'intervalle.

Les effets sur la maladie sont nuls. Ce n'est qu'un antipyrétique. A. C.

Ueber die therapeutische Wirkung einiger neuen Chinolinbasen (Étude sur l'action thérapeutique de quelques bases dérivées de la chinoline, par

R. v. JAKSCH (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band VIII, Heft 5, p. 443-466 et 517-555*).

La chinoline et la kairine possèdent des propriétés antipyrétiques remarquables. Aussi était-il intéressant de rechercher l'action des bases de la même série que Skraup a préparées dans ces derniers temps par synthèse. C'est là l'objet du travail de Jaksch. Il n'a pu se procurer la base décrite sous le nom de paraoxychinoline en quantité suffisante pour étudier son action clinique ; il n'a pas non plus employé la tétrahydroparaoxychinoline à cause de son pouvoir toxique trop considérable. Mais il a étudié les sels de parachinanisol et de tétrahydroparachinanisol (thalline).

1° *Sels de parachinanisol.* — Jaksch a employé pour ses expériences le tartrate, le chlorhydrate et le sulfate de chinanisol.

a) *Tartrate.* — Le tartrate fut administré aux malades dans du pain à chanter, à la dose de 0gr,50 à 3 grammes. Il a été essayé dans la fièvre intermittente, la pneumonie, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose et la septicémie.

Fièvre intermittente. — Dans un cas de fièvre intermittente, la médication parut amener la suppression des accès. La provision de tartrate étant épuisée, Jaksch ne put ensuite obtenir le même effet avec le chlorhydrate.

Pneumonie. — Essayé chez quatre pneumoniques, le tartrate n'amena pas d'abaissement bien net de la température. Il fut toujours parfaitement toléré.

Fièvre typhoïde. — Bien que donné à la dose énorme de 5 grammes, le tartrate de chinanisol ne produisit chez deux typhiques qu'un effet antipyrétique extrêmement faible.

Rhumatisme articulaire aigu. — L'attaque de rhumatisme a été, chez deux malades, guérie par l'emploi du médicament, mais l'effet produit reste bien inférieur à celui du salicylate de soude.

Tuberculose. Septicémie. — Les résultats obtenus furent entièrement négatifs.

b) *Chlorhydrate.* — Le chlorhydrate a été essayé dans la pneumonie, l'érysipèle, la fièvre typhoïde.

Pneumonie. — Dans la pneumonie (4 cas), les abaissements de température obtenus n'ont jamais été bien démonstratifs.

Érysipèle. — Les effets produits chez quatre malades atteints d'érysipèle furent assez inconstants. L'abaissement atteignit rarement un degré.

Fièvre typhoïde. — Dans deux cas de fièvre typhoïde, le médicament ne donna aucun résultat. Essayé dans la tuberculose et la septicémie, il échoua également.

c) *Sulfate.* — Le sulfate se montra aussi peu actif que le tartrate et le chlorhydrate ; de plus, il fut mal supporté et détermina souvent des vomissements. Après l'avoir donné sans effet marqué dans un cas d'érysipèle, un cas de pneumonie, quelques cas de tuberculose et de septicémie puerpérale. Jaksch renonça rapidement à son emploi.

En résumé, les sels de parachinanisol sont inoffensifs ; on peut les essayer sans danger ; mais leur effet fébrifuge est presque nul. Ce ré-

sultat négatif est cependant intéressant, car on pouvait croire *à priori* que le chinanisol posséderait un pouvoir antipyrétique puissant.

2° *Sels de thalline.* — Chez un sujet sain, les sels de thalline, donnés à la dose de 0gr,25 à 0gr,50, ne produisent que quelques sueurs. Chez les fébricitants ils donnent, au contraire, un abaissement assez remarquable de la température. Les sels essayés ont été le tartrate, le chlorhydrate et le sulfate.

a) *Tartrate.* — Le tartrate a été employé dans la fièvre intermittente, la pneumonie, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la septicémie puerpérale, la tuberculose et la pleurésie.

Fièvre intermittente. — Chez deux malades, les accès furent coupés momentanément, mais il y eut toujours de promptes récidives.

Pneumonie. — L'abaissement de température fut très net. Il atteignit dans un cas 4°,1. A la dose de 0gr,25, on eut de plus des sueurs ; à la dose de 0gr,50, des frissons.

Fièvre typhoïde. — Administré à la dose de 0gr,25 dans l'après-midi, le tartrate de thalline empêcha à plusieurs reprises chez une malade la température de monter le soir au delà de 38°.

Rhumatisme articulaire aigu. — Bien que les douleurs et la fièvre aient diminué à la suite de l'administration du sel de thalline, l'effet produit est bien inférieur à celui de l'acide salicylique et même de l'acide benzoïque. Aussi faudra-t-il toujours employer d'abord ces médicaments.

Septicémie puerpérale. — Dans huit cas les résultats ont été assez encourageants au point de vue de l'abaissement de la température, mais il n'y a pas d'effet spécifique. La médication mérite de faire dans cette maladie l'objet de nouvelles recherches.

Tuberculose. — Chez treize tuberculeux l'effet antipyrétique fut satisfaisant. Le médicament fut toujours très bien supporté ; son action paraît plus durable que celle des médicaments analogues.

Pleurésie. — Le tartrate de thalline diminue la fièvre qui accompagne les épanchements pleurétiques. Les sueurs qu'il provoque soulagent le malade et semblent favoriser la résorption du liquide.

b) *Chlorhydrate.* — Les effets du chlorhydrate de thalline se rapprochent beaucoup de ceux du tartrate. Jaksch a essayé ce sel dans la pneumonie, le rhumatisme, la septicémie puerpérale, l'érysipèle de la face, la tuberculose, la pleurésie. Son action semble un peu plus marquée que celle du tartrate ; il provoque plus facilement les sueurs et les frissons. Il n'entraîne aucun trouble gastrique.

c) *Sulfate.* — Le sulfate de thalline s'emploie aux mêmes doses que le tartrate et le chlorhydrate. Administré dans la pneumonie, le rhumatisme, la tuberculose, la septicémie puerpérale, la pleurésie, il a donné des résultats analogues à ceux des autres sels. Dans un cas de rougeole l'effet a été particulièrement satisfaisant.

d) *Sulfate d'éthylthalline.* — Ce sel donne encore le même abaissement de température que les trois autres. Peut-être produit-il plus de sueurs. Les frissons semblent plus rares.

Les sels de chinanisol et de thalline se retrouvent dans l'urine. Celle-ci, après l'ingestion des sels de chinanisol, prend une teinte brune ; le perchlorure de fer y produit une coloration rouge. Les sels semblent com-

binés avec un acide, car c'est seulement après addition d'un acide fort qu'on peut extraire de l'urine, agitée avec de l'éther, une substance qui donne avec le perchlorure de fer la réaction caractéristique. Les sels de thalline sont eux aussi éliminés en partie à l'état de combinaison, mais ils existent aussi dans l'urine à l'état libre et donnent directement par le perchlorure de fer une coloration d'un vert sombre. DEBOVE.

Etudes sur l'action biologique et thérapeutique de la thalline, par PREDAZZI (*Rivista clin. e terapeut., juillet* 1885).

Dix centigrammes chez les fébricitants sont capables d'abaisser la température d'un degré, un degré et demi; $0^{gr},50$ à 1 gramme amènent une dépression très forte du thermomètre, quelquefois jusqu'à quatre degrés. Avec des doses de 10 à 15 centigrammes, on peut maintenir un malade dans l'apyrexie, en administrant une dose chaque fois que la température tend à s'élever.

La thalline peut se prescrire à doses assez élevées et pendant longtemps, sans amener de troubles gastro-intestinaux.

Son action est très prompte; elle se manifeste 25 à 30 minutes après son ingestion; sa durée moyenne est d'une heure et demie à deux heures.

C'est un antipyrétique dilatant les vaisseaux cutanés; cette dilatation est d'autant plus marquée que la température est plus élevée. Sous son influence, la dispersion du calorique par la surface cutanée augmente.

La quantité d'urée et d'acide carbonique éliminés diminue; il n'y a pas d'effet marqué sur la fréquence du pouls et de la respiration.

BAZILE FÉRIS.

Digitalis als Heilmittel bei chronischer Erkrankung des Herzmuskels (Traitement des myocardites chroniques par la digitale), **par SEILER et BIRSCH-HIRSCHFELD** (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band VIII, Heft* 5).

Seiler publie dans cette note l'autopsie d'un malade traité depuis 1877 par la digitale pour une dégénérescence graisseuse du cœur. Par ce moyen on avait obtenu une guérison relative, et depuis 1879 toutes les manifestations de l'anasarque avaient disparu. En même temps que la digitale, le malade prit du fer, et, en 1883, de l'adonis vernalis. La mort survint à la suite d'un érysipèle, dans des circonstances absolument étrangères à l'affection cardiaque.

L'autopsie fut pratiquée par Birsch-Hirschfeld. En outre de la dégénérescence graisseuse, il trouva une prolifération remarquable du tissu conjonctif.

Mais de plus, sur un grand nombre de faisceaux musculaires, il y avait une augmentation du nombre et de la grosseur des noyaux, indice certain d'une régénération partielle. Les bons effets du traitement suivi ne semblent donc pas douteux, et Seiler croit que, sans l'affection intercurrente, le malade aurait encore pu vivre de longues années sans présenter de troubles cardiaques. M. DEBOVE.

I. — Sur quelques points de l'action physiologique de la cocaïne, par S. ARLOING (*Lyon méd.*, 17 *mai* 1885).

II. — Etude expérimentale sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du chlorhydrate de cocaïne, par RIGOLET (*Thèse de Paris*, 1885).

III. — De l'anesthésie par la cocaïne dans l'amygdalotomie, par M. LERMOYEZ (*Bull. gén. de thérapeut.*, 15 *février* 1885).

IV. — Note sur l'emploi de la cocaïne dans la déglutition douloureuse, par Adolphe DUMAS (*Ibid.*, 30 *décembre* 1884).

V. — Papillomes du larynx opérés après anesthésie par le chlorhydrate de cocaïne, par AYSAGUER (*Ibid.*, 15 *décembre* 1884).

I. — La cocaïne ne peut pas être regardée comme un anesthésique général. Si on injecte en effet à un lapin, à un cobaye une dose toxique de solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 ou 2 0/0, on observe des symptômes tout à fait analogues à ceux de l'empoisonnement par la strychnine et cela, sans que la sensibilité de la peau ou des muqueuses superficielles soit bien atténuée.

A doses fortes, mais non toxiques, on observe également les signes d'une vive excitabilité réflexe.

Pour étudier les modifications de la pression artérielle, un chien de 12 kilogrammes reçut par doses croissantes, 17 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne dans la veine jugulaire. A chaque injection la pression s'abaissait, pour augmenter ensuite et se relever au-dessus du point initial ; ce n'est qu'à partir du moment où la dose fut élevée à 17 centigrammes que la pression s'abaissa de plus en plus jusqu'à la mort.

Quant à la respiration, il y a accélération du rythme, diminution de l'amplitude des courbes avec augmentation du nombre des mouvements. A partir d'une dose élevée, la respiration subit des modifications telles que le tracé est indéchiffrable. Elle s'arrête quelques secondes avant le cœur.

En même temps, on voit survenir les accès convulsifs avec sputation, écoulement de mucus par les narines, dilatation de la pupille.

En dehors de cet empoisonnement aigu, on peut observer des phénomènes d'empoisonnement lent, durant de quatre à six jours. L'analgésie existe dans ces cas, mais les doses de cocaïne sont incompatibles avec l'existence.

La cocaïne ne peut être employée qu'à titre d'anesthésique local. Quel est son mode d'action. Arloing ne croit pas qu'il s'agisse d'une action vaso motrice, d'un resserrement des vaisseaux, car la section du sympathique cervical ne produit pas de modification dans l'anesthésie. Il croit à une action directe sur les filets nerveux; si la dose est forte, il peut se faire une transsudation à travers les tissus, une pénétration du système lymphatique et de là, de la circulation générale. Cette action sur les filets nerveux est démontrée par l'expérience suivante : un fragment de nerf, immergé dans une solution forte de sel de cocaïne, prend une teinte brun jaunâtre et on trouve, à l'examen microscopique que tout le contenu des fibres nerveuses est coagulé, dissocié. Un fragment de nerf immergé dans de l'eau distillée pure pendant le même temps ne présente, de coagulation qu'au voisinage de la gaîne de Schwann. On doit donc

admettre que la cocaïne agit par altération des propriétés physiques du protoplasma des éléments nerveux. A. C.

II. — A dose physiologique, le chlorhydrate de cocaïne agit localement à la périphérie des nerfs en abolissant momentanément leur sensibilité. Chez les grenouilles, il ralentit les battements du cœur et finit par l'arrêter en systole. Il a une action vaso-constrictive manifeste et produit d'abord un abaissement, puis une élévation de la pression sanguine. Il n'a pas d'action sur les sécrétions, excepté sur celle de la salive sous-maxillaire, qu'il augmente. Chez les grenouilles, il diminue les mouvements respiratoires ; chez les mammifères supérieurs, il les accélère et exagère leur amplitude, quand il est injecté dans les veines. Il produit de l'hyperthermie chez le chien ; il s'élimine par les urines, il retarde les fermentations.

A dose toxique il agit sur les centres nerveux et exagère le pouvoir excito-moteur de la moelle ; il produit une action tétanisante sur les muscles.

Pour ce qui est de son emploi thérapeutique, outre son utilité dans la pathologie oculaire, il semble donner de bons résultats dans les gastralgies, les névralgies sciatiques et dans tous les cas où il faut faire disparaître la douleur. Chez les morphiomanes, il peut être substitué à la morphine. On peut associer la cocaïne à l'éther ou au chloroforme pour augmenter l'intensité des phénomènes analgésiques et afin de diminuer d'autant la durée de l'administration de ce dernier anesthésique.

III. — Sur une femme, on pratique quatre badigeonnages espacés de cinq en cinq minutes sur les tonsilles avec une solution de cocaïne au trentième. Un bistouri à lame étroite est plongé en exploration jusqu'à une profondeur de deux centimètres et à plusieurs reprises ; puis les amygdales sont enlevées l'une après l'autre, tout cela sans déterminer aucune douleur.

IV. — Chez une jeune phtisique, la déglutition était devenue peu à peu impossible. Chaque tentative était suivie de douleurs violentes avec quintes et expulsion de l'aliment. Rien n'avait réussi pour combattre cet accident, ni la morphine ni le bromure de potassium. L'application dans l'espace sus glottique d'une solution de 25 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne dans 10 grammes d'eau favorisa chaque fois l'ingestion des aliments, ce qui permit à la malade de reprendre de l'embonpoint.

V. — Avec une solution au sixième de chlorhydrate de cocaïne, l'auteur badigeonne les cordes vocales, la muqueuse laryngée et tout l'isthme du gosier au moyen d'un petit pinceau. Une minute après, il applique le laryngoscope et voit que le larynx se présente largement ouvert et que le malade n'éprouve pas la moindre envie de tousser ni de vomir ; il introduit immédiatement le polypotome dans la cavité laryngienne et extrait avec facilité un papillome, sans douleur pour l'opéré.

BAZILE FÉRIS.

Action biologique et thérapeutique du convallaria maïalis, études cliniques et expérimentales, par S. LOURIE (*La Medicina contemporanea, avril et mai* 1885).

Le muguet a été très vanté par les uns et décrié par les autres ; l'au-

teur s'est livré à des recherches sur 33 malades pour reconnaître de quel côté se trouve la vérité. Il est certain d'abord que l'action du médicament doit différer suivant les préparations, les circonstances de la récolte, etc.

Dans tous les cas dans lesquels on a fait la contre-épreuve avec la digitale, si le convallaria n'agissait pas, il en était de même avec celle-là; ce fait, quoique négatif, ne manque pas de valeur.

Lorsque les préparations de muguet ne produisaient pas l'effet désiré, ils n'avaient néammoins aucune action nocive.

La pression sanguine ne s'abaisse jamais; lorsqu'elle se modifie, c'est dans le sens de l'augment, ainsi que le prouvent la sphygmomanométrie et la plétismographie. Le pouls et la respiration sont influencés dans le sens de la diminution de leur fréquence. La diurèse augmente ou reste immobile. En somme, les résultats sont souvent positifs, quelquefois nuls.

La dose des préparations a monté jusqu'à 4 grammes d'extrait; de 0gr,80 à 1 gramme de convallarine ou de convallamarine par jour.

Le seul inconvénient à noter, c'est la diarrhée, et encore se montra-t-elle rarement.

En résumé, les préparations de muguet n'ont pas toute la supériorité et toute la sûreté d'action que G. Sée leur a attribuées, mais elles sont réellement efficaces dans les cardiopathies, et peuvent être placées parmi les succédanés de la digitale, dont elles ont bien les avantages sans présenter les inconvénients et les effets cumulatifs. BAZILE FÉRIS.

I. — Ueber die Behandlung verschiedener Erkrankungen des Darms mit Naphthalin, par M.-J. ROSSBACH (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 42, *p.* 665, 20 *octobre* 1884).

II. — Einfluss des innerlichen Naphthalingebrauches auf die Harnfäulniss, par M.-J. ROSSBACH (*Idem*, n° 46, *p.* 729, 17 *novembre* 1884).

III. — Naphthalin bei Darmkatarrhen der Kinder, par Ph. PAULI (*Idem*, n° 10, *p.* 153, 9 *mars* 1885).

IV. — Quoad Naphthalinum, par EWALD (*Idem*, n° 4, *p.* 62, 26 *janvier* 1885).

V. — Ueber Phenolharnreaction bei innerlichen Naphthalingebrauch, par Eduard LEHMANN (*Idem*, n° 8, *p.* 122, 23 *février* 1885).

VI. — Zur Naphthalinfrage, par M.-J. ROSSBACH (*Idem*, n° 14, *p.* 213, 6 *avril* 1885).

I. — De tous les agents employés à la désinfection des matières intestinales, c'est à la naphtaline que Rossbach donne la préférence. Cette substance en effet peut être administrée à l'intérieur, des semaines durant, en atteignant sans danger des doses quotidiennes de 5 grammes; elle n'est que très peu absorbée dans l'estomac et même dans l'intestin, en sorte qu'elle reste, jusqu'à la fin, mélangée en grande quantité aux matières fécales et qu'elle conserve ainsi, entières, jusque dans le rectum, ses propriétés désinfectantes. La naphtaline se rapproche donc du calomel, tout en ayant sur ce dernier l'avantage de ne pas déterminer de phénomènes d'intoxication.

Rossbach ne se sert que de naphtaline parfaitement pure qu'il lave lui-même à l'alcool et sublime après dessiccation. Il l'administre en général par la voie gastrique, sous forme de poudre mélangée à parties égales de sucre, dans des pains azymes : l'essence de bergamotte sert à masquer son odeur; la dose pour un adulte varie de 10 à 50 centigrammes.

Comme la naphtaline est complètement insoluble dans l'eau, pour l'administrer en lavements, le mieux est de la suspendre dans une décoction de guimauve.

La naphtaline est en général bien tolérée par les malades; elle ne trouble ni l'appétit ni les digestions; exceptionnellement, Rossbach a observé des vomissements, de l'inappétence, des douleurs rénales sans albuminurie ou des troubles psychiques passagers.

Lorsque la quantité de naphtaline est suffisante sans être exagérée, les matières fécales sont inodores.

Rossbach a eu recours avec profit à la naphtaline dans tous les catarrhes invétérés de l'intestin, avec ou sans ulcération; rapidement elle ramène des selles normales.

Il l'a également employée chez tous les typhoïdiques de son service : chez quelques-uns, elle a agi comme un véritable abortif, jugulant la fièvre en cinq ou six jours, tandis que la rate restait encore volumineuse. Rossbach pense que c'est au médicament qu'il faut rapporter cet effet, car chez un autre typhoïdique maintenu sans fièvre durant quinze jours, dès qu'on cessa la naphtaline, il y eut augmentation considérable de la température.

Chez les typhoïdiques, auxquels elle n'a été administrée que vers la fin du deuxième septénaire, elle a paru sans action.

Dans l'entérite tuberculeuse, elle a semblé faire cesser pour un temps les douleurs, la diarrhée et la flatulence.

En résumé, la naphtaline mérite d'être placée à côté du bismuth et du calomel. Rossbach conseille de l'essayer au début de l'attaque de choléra.

II. — Si la plus grande partie de la naphtaline ressort de l'organisme avec les matières fécales sans être modifiée, il en est une petite quantité qui est absorbée et qui est éliminée par l'urine sous forme de naphtaline ou de naphtol.

Les faibles proportions de naphtaline ou de ses produits de transformation qui passent dans les urines suffisent pour en empêcher la putréfaction, ou bien, s'il s'agit d'un catarrhe vésical, pour empêcher la décomposition et la fermentation de l'urine qui s'opèrent dans la vessie.

III. — Pauli a constaté sur cinq enfants au-dessous de 5 ans, l'efficacité de la naphtaline contre l'entérite catarrhale. Pour les enfants au-dessous d'un an, la dose doit être de 10 centigrammes par jour; à 2 ans, on peut donner toutes les trois heures, 20 centigrammes : les garde-robes répandent alors une odeur intense de naphtaline, ce qui a paru à l'auteur indispensable pour une guérison rapide. Toutefois l'administration de la naphtaline chez les enfants en bas âge mérite d'être surveillée, car on les voit rapidement pâlir et prendre l'air souffreteux. Chez deux tuberculeux adultes, ce médicament a diminué la diarrhée.

IV. — Chez une malade de *Popper*, à partir du cinquième jour

naphtaline a déterminé des douleurs hypogastriques et du ténesme vésical, surtout nocturne, mais sans albuminurie.

Dans le *Centralblatt f. klinische Medicin*, 1884, n° 50, *E. Schwarz* relate les effets favorables obtenus de l'emploi de la naphtaline, à la clinique de Zurich, comme désinfectant dans les affections intestinales; en revanche, il n'a constaté aucune action sur la diarrhée. D'autre part, il a observé plusieurs fois un changement de couleur de l'urine et des troubles de la miction. L'urine avait un peu la teinte du vin de bourgogne et exhalait une odeur aromatique, sans contenir d'albumine ni d'éléments morphologiques. En outre les malades accusaient des besoins fréquents d'uriner et des douleurs pendant la miction.

Ewald confirme d'après ses observations personnelles, la valeur désinfectante de la naphtaline pour les évacuations intestinales. Non seulement les éructations ont le goût de la naphtaline, mais même en leur absence, les malades accusent ce goût. Dans trois cas où la quantité quotidienne de naphtaline, répartie en trois prises, n'avait pas dépassé 1gr,50, dès le deuxième ou le troisième jour, il y eut de la strangurie et du ténesme.

V. — Lehmann a eu également à se louer de l'administration de la naphtaline dans quatre cas de catarrhe invétéré du gros intestin, chez des adultes; il la prescrivait par doses de 25 centigrammes, suivant les préceptes de Rossbach, de façon à en faire prendre 2 à 3 grammes par jour.

Un des malades seulement, une femme névropathe, a offert des troubles de la miction, sans pourtant avoir pris la dose maximum de 5 grammes indiquée par Rossbach, comme inoffensive; son urine était presque aussi noire que de l'encre, et il exista des douleurs sur tout le trajet des voies urinaires, pendant vingt-quatre heures.

VI. — Rossbach répond aux attaques dont il a été l'objet, notamment de la part d'Eichhorst (*Centralblatt f. klinische Medicin*, 1885, n° 4) à propos de ses communications sur la naphtaline. Jusqu'ici elle a, selon lui, deux indications : les diarrhées rebelles à tout traitement et la fièvre typhoïde.

Il maintient, appuyé sur plusieurs centaines d'observations, que les phénomènes accessoires sont exceptionnels, si l'on a soin de graduer les doses suivant l'individualité des malades : on doit commencer par des doses isolées de 10 centigrammes et ne dépasser les quantités quotidiennes de 2 ou de 3 grammes qu'autant qu'elles paraissent insuffisantes.

A la clinique d'Iéna, sur 150 malades, Rossbach n'a noté que deux fois (chez des tuberculeux), une sensation d'ardeur dans l'urèthre qui a disparu en quelques jours et qui, chez l'un des malades, s'était compliquée de douleurs passagères dans les reins. D'autre part, son assistant, Schütz, sur 43 adultes et enfants traités par la naphtaline, n'a rien vu de semblable.

Quant à la coloration foncée, noirâtre même des urines, elle ne manque jamais dès qu'on administre des doses un peu importantes de naphtaline, mais elle n'a aucune signification fâcheuse.

En résumé, des études remontant déjà à deux ans avant sa première publication, Rossbach conclut qu'en employant de la naphtaline parfaitement pure et à dose convenable, il n'est qu'un seul phénomène acces-

soire qu'on voie parfois survenir, c'est l'ardeur urétrale. (*R. S. M.*, XXII, 638; XXIII, 268 à 270; XXIV, 578 et XXV, 474.) J. B.

The new specific for rheumatism, par H. SEELYE (*New York med. Journal*, *p.* 510 *et* 542, 1884).

L'auteur a traité 180 cas de rhumatisme articulaire par l'usage interne et externe de l'huile de gaulthéria, et considère cet agent comme préférable au salicylate de soude; il en aurait tous les avantages sans en présenter les quelques inconvénients. Dans les cas rebelles son action est plus prompte et plus efficace; les rechutes sont moins fréquentes; enfin la saveur est moins déplaisante que celle du salicylate de soude. Ces résultats s'expliquent aisément, si l'on songe aux affinités chimiques de l'huile de gaulthéria et de l'acide salicylique. A. CHAUFFARD.

Du traitement du rhumatisme articulaire chronique par l'azotate de strontiane par Ismaïl HASSAN (*Thèse de Paris*, 1885).

L'azotate de strontiane employé par Vulpian a paru exercer une influence très heureuse dans deux cas bien caractérisés de rhumatisme articulaire chronique. Il augmente l'excrétion de l'urée en excitant la combustion organique. Il fait disparaître le dépôt des urates par le même procédé d'action, c'est-à-dire comme excitant de la nutrition. Il ne produit aucun trouble digestif même à haute dose. La dose active est de 14 à 20 grammes. B. FÉRIS.

Traitement du hoquet par la compression des nerfs phrénique et pneumogastrique, par GROGNOT (*Bull. gén. de thérap.*, 30 *mars* 1885).

Quatre à cinq centimètres de la portion claviculaire inférieure du sterno-mastoïdien recouvrent directement les deux nerfs pneumogastrique et phrénique; c'est là le lieu d'élection; le pouce embrassant à ce niveau le cou, l'index étant appliqué de l'autre côté et symétriquement, on exerce alors simultanément une pression suffisamment forte jusqu'à la disparition du spasme. Une ou deux minutes en général suffisent. Ce moyen est supérieur aux autres et réussit, mais seulement dans le hoquet simple, idiopathique et non lorsqu'il est lié à une maladie déterminant un trouble profond de l'organisme. B. FÉRIS.

Zur Behandlung von Magenkrankheiten (Traitement des maladies de l'estomac), par S. TALMA (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band VIII, Heft* 5, *p.* 406-418).

Talma emploie depuis trois ans dans les maladies de l'estomac des traitements particuliers qui lui donnent les meilleurs résultats. Il expose dans son mémoire sa façon d'agir dans la gastrite chronique, le cancer, l'ulcère de l'estomac, la dyspepsie d'origine nerveuse, les vomissements de la grossesse.

1° *Gastrite chronique.* — La ténacité de cette maladie est due pour Talma à une sorte de cercle vicieux. Par suite du mauvais fonctionnement de la muqueuse stomacale, les aliments fermentent, et les acides produits par ces fermentations entretiennent sans cesse l'irritation de la muqueuse.

Le seul traitement convenable est l'acide chlorhydrique. On doit en donner par jour 1 gramme dilué dans 750 grammes d'eau. Cette quantité sera prise en plusieurs fois immédiatement après chaque repas. Il est bon de recommander aux malades très impressionnables de faire tiédir la solution et de la boire très lentement. C'est faute d'avoir suivi ce mode d'administration que beaucoup de médecins ont employé le traitement sans succès. La solution à 1/750 est la seule dont la concentration se rapproche du suc gastrique normal.

L'acide chlorhydrique agit en suspendant les fermentations. Buchholtz a en effet montré qu'une solution à 1/1500 suffit à empêcher le développement des organismes inférieurs. Dans les cas de gastrite chronique, on peut d'ailleurs constater directement que cet acide n'est plus sécrété en proportion normale.

Les alcalins sont loin de fournir des résultats aussi satisfaisants. Ils semblent n'agir qu'en provoquant la sécrétion d'une plus grande quantité d'acide chlorhydrique.

Au point de vue du régime, les malades devront éviter les graisses et le lait. Les acides produits par ces substances sont souvent fort nuisibles.

2° *Cancer de l'estomac.* — Le traitement par l'acide chlorhydrique est également précieux dans la gastrite symptomatique du cancer de l'estomac. L'amélioration est parfois telle qu'on se prend à douter du diagnostic. Dans trois cas où les accidents avaient été assez graves pour que l'existence d'un cancer ne parût pas douteuse, on obtint une guérison complète qui montra bien qu'il s'agissait d'une gastrite simple. Talma croit d'ailleurs que souvent une gastrite chronique longtemps prolongée devient l'origine d'un cancer.

3° *Ulcère de l'estomac.* — L'emploi de l'acide chlorhydrique semblerait *à priori* devoir aggraver l'ulcère de l'estomac. Bien au contraire on obtient par ce médicament des résultats remarquables. La disparition des douleurs est complète et rapide. Au lieu d'être en contact avec les acides butyrique, lactique produits auparavant par la fermentation, l'ulcère, en effet, n'est plus après l'administration du médicament en contact qu'avec l'acide chlorhydrique. On comprend que cet acide, étant l'acide ordinaire du suc gastrique, produise une irritation beaucoup moins vive que des acides anormaux.

4° *Dyspepsies d'origine nerveuse.* — Dans ces dyspepsies, l'acide chlorhydrique échoue; souvent même son emploi provoque une aggravation et de vives douleurs. En pareil cas, la muqueuse de l'estomac semble offrir une hyperesthésie telle que la tunique musculeuse se contracte au moindre contact, soit du suc gastrique, soit de la solution chlorhydrique. Chez ces malades, les aliments séjournent en effet très peu de temps dans l'estomac. La magnésie, le bicarbonate de soude sont les moyens qui amènent le plus de soulagement.

5° *Vomissements de la grossesse.* — Pour Talma, ces vomissements sont liés à l'anémie cérébrale. Souvent on réussit à les éviter en faisant prendre à la femme un repas copieux avant qu'elle se lève le matin. Dans la journée, aussitôt que le malaise apparaît, la femme se couche et mange de nouveau.

La nitroglycérine est aussi un médicament très recommandable aussi

bien dans ces vomissements que dans les dyspepsies accompagnées d'anémie cérébrale. Elle agit en congestionnant les centres nerveux. Talma la prescrit à la dose de 1 milligramme en 24 heures. La nitroglycérine est dissoute dans l'huile d'olive, et donnée sous forme de capsules gélatineuses renfermant exactement 1/3 de milligramme. Au début il faut procéder avec grande prudence, quelques personnes étant très sensibles à l'action de ce médicament. M. DEBOVE.

Traitement du rachitisme, par von LESSER (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 25, p.* 400, 23 *juin* 1884).

Depuis 4 ans, Lesser se sert avec succès d'une mixture qui a été recommandée dans la *Gazette médicale de Strasbourg*. Elle est composée de la façon suivante :

Teinture vineuse de rhubarbe............	20 parties.
Acétate de potasse........................	10 —
Vin stibié..................................	5 —

On commence par en faire prendre 3 fois par jour, sur du sucre, de 5 à 10 gouttes suivant l'âge de l'enfant. Tous les 3 jours, on augmente de 1 goutte chacune des 3 doses quotidiennes. On arrive ainsi à la dose de 25 à 30 gouttes, répétée trois fois par jour et on continue, pendant 3 à 4 semaines encore, le médicament sans en augmenter la dose. Ensuite l'état général s'est assez modifié (troubles digestifs, anémie) pour qu'on puisse recourir aux préparations calcaires. J. B.

Milchsäure als Zerstoerungsmittel pathogener Gewebe (L'acide lactique comme destructeur de tissus pathologiques), par V. MOSETIG MOORHOF (*Wiener mediz. Blätter*, 1885).

L'auteur emploie depuis 4 ans l'acide lactique comme caustique. Ayant d'abord constaté l'action curative de cet agent sur le tissu fongueux d'une carie sans attaquer le tissu osseux même, il l'employa ensuite dans quelques cas de lupus, de papillomes et d'épithéliomes. Dans tous ces cas, il fit la remarque curieuse que, contrairement aux autres caustiques, l'acide lactique ne détruit jamais que les tissus malades et respecte les tissus sains qui peuvent se trouver au milieu d'eux.

L'auteur procède de la façon suivante : pour empêcher toute irritation, il isole la partie malade du reste par un corps gras, il imbibe ensuite un linge ou de l'ouate hydrophile avec l'acide lactique concentré et l'applique sur elle et il achève le pansement avec une couche d'ouate et un tour de bande. Le traitement est douloureux, mais très supportable même par les enfants. Au bout de 12 heures, on enlève le pansement et l'on trouve tout le tissu malade transformé en une masse molle, noirâtre qu'on éloigne avec de l'eau et on laisse le malade se reposer pendant 24 heures, avant de procéder à un nouveau pansement. La cicatrisation se fait rapidement et on cesse le pansement lorsqu'elle est complète.

M. SCHACHMANN.

I. — Weitere Erfahrungen über die Behandlung maligner Lymphome mit Arsen, par KAREWSKI (*Berliner klinische Wochens.*, 28 *avril*, 5 *mai et* 22 *décembre* 1884).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Idem, n° 18, p. 284*).

III. — Interstitielle Injectionen von Arsenik in den warzigen Tumoren (Injections interstitielles d'arsenic dans les tumeurs verruqueuses, par G. LEWIN (*Idem, n° 17, p. 268*).

I. — Karewski relate 3 nouveaux cas de lymphomes malins que Israël a traités avec succès par l'arsenic. Par la bouche, il administrait de 6 à 20 gouttes d'un mélange à parties égales de liqueur de Fowler et de teinture de rhubarbe ou de malate de fer; pour les injections, il se servait d'un liquide composé par moitié de liqueur de Fowler et d'eau additionnée de 1/2 0/0 d'acide phénique, afin d'en assurer la conservation : il commençait par injecter une division de la seringue pour arriver finalement à la moitié d'une seringue.

Les injections doivent être faites lentement, dans les tumeurs mêmes. Les douleurs, qui sont tolérables, ne se montrent qu'au bout de quelques heures.

Karewski n'a vu que deux fois la suppuration des ganglions; elle fut suivie de l'élimination de leur tissu mortifié. Cet accident est dû selon lui à des injections forcées ou faites avec de trop grandes quantités de liquide. Quant aux suppurations prolongées, citées par d'autres observateurs, il les explique par une insuffisance de précautions antiseptiques.

Quand on pratique l'injection dans les amygdales hypertrophiées, il se produit souvent un gonflement avec menace de suffocation. Chez une des malades, on a noté, sous l'influence des injections, une éruption papuleuse occupant surtout le côté extenseur des membres. L'éruption ne s'est pas reproduite lorsqu'on eut fait prendre par la bouche de l'acide arsénieux.

La diminution des tumeurs, souvent rapide dans les premières semaines, marche ensuite plus lentement. Elle débute par les ganglions cervicaux où l'on pratique les injections, comme étant les tumeurs à la fois les plus volumineuses et les plus accessibles. C'est le gonflement tonsillaire qui cède en dernier lieu.

Au niveau du siège de l'injection, on ne note qu'une induration plus marquée des ganglions et une démarcation plus nette des tumeurs qu'ils forment. Parfois les malades y accusent des douleurs.

L'état général ne s'améliore pas dans la même mesure que les tumeurs. Certains malades même ont, pendant la cure, une teinte gris brunâtre des téguments, un aspect terreux, cachectique très prononcé et ils ne récupèrent leurs forces et leur embonpoint qu'après la médication finie.

Le traitement arsenical ne diminue pas leur leucocytose.

La malade dont Israël a rapporté précédemment l'histoire (*R. S. M.*, XXII, 501) a éprouvé une récidive de son affection, huit mois après la fin de la cure arsenicale; mais elle fut guérie en quelques semaines en reprenant le traitement, qu'elle continue dès lors à l'intérieur dès que les phénomènes morbides reparaissent. Les récidives se font en premier lieu par les amygdales.

Karewski conclut qu'on possède dans l'arsenic un agent aussi inoffensif que puissant contre les lymphomes malins; s'il ne garantit pas contre les récidives, il est souverain contre elles et il est bon d'avertir les malades guéris de ne pas discontinuer tout à fait la médication.

II. — *Grunmach* a traité fructueusement par l'arsenic un homme de 48 ans atteint de tuméfaction des ganglions axillaires et inguinaux avec hypertrophie du foie et de la rate et leucocytose. Tous les deux jours, Grunmach lui pratiqua dans le cou des injections de deux à quatre gouttes de liqueur de Fowler. Au bout de 3 mois de ce traitement, les tumeurs avaient rétrocédé et la gêne respiratoire avait disparu. Le malade resta guéri 21 mois; actuellement, il est soumis à la même médication pour un début de récidive.

Lewandowski a vu de la même façon guérir un sarcome de l'aine gauche chez un homme dans la trentaine. La tumeur qui, en deux mois, avait atteint les dimensions du poing fut d'abord extirpée. Mais quatre semaines plus tard elle récidivait sur place. Une nouvelle opération étant impossible, parce que la tumeur envoyait un prolongement dans le bassin, le malade fut mis à l'usage de la liqueur de Fowler à l'intérieur; il en prit jusqu'à 45 gouttes par jour. Au bout d'un an, l'aine gauche ne se distinguait plus de la droite que par un peu de rénitence. Il y a un mois, une seconde récidive, qui commençait, fut enrayée de la même façon.

Güterbock a administré l'arsenic à l'intérieur chez 5 malades atteints de lymphomes malins; à 3 d'entre eux, il faisait en outre des injections parenchymateuses. Il n'a noté qu'un cas de récidive. Chez le malade, le plus gravement atteint, l'amélioration apparut seulement au bout de 8 semaines en même temps qu'un mouvement fébrile. Quand les phénomènes d'intoxication se montrent, Guterbock n'arrête pas brusquement l'emploi du médicament, il se contente d'en diminuer progressivement les doses.

E. Küster, comme Karewski, est d'avis qu'au point de vue du traitement arsenical, il y a lieu de distinguer entre les lymphomes malins et les lymphosarcomes, ceux-ci ne se différenciant guère des premiers que par la fusion des diverses tumeurs ganglionnaires et par leur prompte extension aux tissus voisins. L'arsenic, très efficace contre les lymphomes malins, est impuissant contre les lymphosarcomes. C'est surtout dans la forme molle des lymphomes malins que l'on obtient de bons résultats. Küster en compte 3 cas. Il a soigné entre autres un homme de 72 ans à qui il avait, 6 mois avant, extirpé une tumeur ganglionnaire du cou. Quelques semaines plus tard, il y eut une récidive qui fut rapidement guérie par l'arsenic. (*R. S. M.*, XXII, 501 et 502.)

III. — 1er cas. Homme d'une soixantaine d'années ayant la tête, notamment au niveau du sommet, couverte d'excroissances variant du volume d'un pois à celui d'un haricot; les unes ressemblaient à des verrues, d'autres, pédiculées, au molluscum pendulum et l'examen microscopique y montra également des structures un peu différentes. Au-dessus du tissu conjonctif fibromateux et à capillaires dilatés, se voyait le corps papillaire à peine hypertrophié. Par-dessus, le réseau de Malpighi, plus ou moins augmenté de volume suivant les points. La couche cornée offrait de grandes variétés d'apparence; elle était très hyperplasiée au niveau des tumeurs verruqueuses.

Le malade avait remarqué, un an auparavant, l'apparition des premières excroissances; elles furent successivement coupées, puis extirpées avec la curette tranchante. Mais malgré ces deux opérations, le nombre des tumeurs ne fit qu'augmenter.

Lewin pratiqua des injections interstitielles de 6 à 8 gouttes de liqueur de Fowler; au bout de 25, toutes les tumeurs avaient disparu.

2e cas. Les tumeurs occupaient le tronc, surtout au niveau de la poitrine. Elles cédèrent également à un nombre un peu plus grand d'injections. J. B.

I. — The influence of the bromides in the prevention of iodism, par Henri Selden NORRIS (*Medical News*, 23 *mai* 1885).

II. — De la belladone comme moyen de faire tolérer l'iodure de potassium, par P. AUBERT (*Lyon médical*, 29 *mars* 1885).

I. — L'auteur a eu l'occasion de traiter, pour une syphilis osseuse grave, un malade qui présentait une intolérance exceptionnelle pour les préparations iodées. L'iodure de potassium, à la dose de 10 à 15 centigrammes, provoquait de l'iodisme ; on essaya sans succès les iodures de sodium, d'ammonium, de fer. Il fallut y renoncer.

Norris songea alors à combattre cette susceptibilité en associant le bromure. Il donna, pour commencer 25 centigrammes d'iodure avec 50 centigrammes de bromure ; le médicament fut bien toléré et on put arriver à la dose de 1 gramme, 1 gramme et demi d'iodure (toujours associé à une dose double de bromure) sans le moindre inconvénient.

II. — Aubert a obtenu le même résultat en associant la belladone à l'iodure à la dose de 4 à 5 centigrammes d'extrait pour 4 grammes d'iodure.

A. C.

Hydrargyrum tannicum oxydulatum, par LUSTGARTEN (*Soc. des méd. de Vienne,* 4 *janvier* 1884).

L'auteur a préparé dans le laboratoire de Ludwig un nouveau corps, le tannate de mercure, poudre vert foncé, inodore et insipide, qui contient 50 0/0 d'hydrargyre. Comme ce corps se laisse facilement décomposer par les bases, en abandonnant de très fines particules de mercure, l'auteur suppose qu'il pourra agir sur la muqueuse intestinale comme les frictions sur la peau, c'est-à-dire en fournissant à l'absorption les gouttelettes métalliques.

Le médicament a été donné à dix malades de la clinique de Kaposi à la dose de 20 à 30 centigrammes par jour ; au bout de 24 heures, le mercure a pu être retrouvé dans l'urine ; il n'y a eu ni trouble gastro-intestinal, ni salivation. Le succès thérapeuthique a été complet, et l'auteur n'hésite pas à comparer le tannate de mercure aux meilleures préparations hydrargyriques. L. GALLIARD.

Les injections hypodermiques et intra-veineuses d'ammoniaque comme le plus puissant excitant, par Y. TROUSSIÉVITCH (*Med. Obosrénié*, *n°* 21, 1884).

Dans un cas de collapsus presque complet (par suite d'un empoisonnement par de l'acide hydrochlorique concentré), où tous les autres moyens restaient sans effet, une injection hypodermique de solution d'ammoniaque produisit une stimulation rapide du cœur : le pouls remonta rapidement, les extrémités se réchauffèrent et le malade revint à lui. Dans deux autres cas, observés par l'auteur sur le navire à vapeur *la Russie*, deux passagers tombèrent, par suite des vomissements incessants du mal de mer et de l'influence de l'air vicié de l'entrepont, dans un tel état de collapsus qu'on pouvait les considérer comme moribonds. Une injection hypodermique d'ammoniaque (une pleine seringue de Pravaz) les rappela promptement à la vie tous les deux. W. HOLSTEIN.

Ueber die Behandlung der Diphtherie mit grossen innerlichen Dosen von Terpentinoel, par SALTOW (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 36, *p.* 579, 8 *septembre* 1884).

Depuis deux ans, Saltow a traité 43 cas de diphtérie, dont 35 chez des enfants, par l'essence de térébenthine que Bosse (*R. S. M.*, XXII, 148) a préconisée. Il n'a perdu qu'un malade.

La dose est d'une cuillerée à bouche pour les grandes personnes et d'une cuillerée à café pour les enfants. En faisant boire du lait immédiatement après, le médicament est généralement bien supporté. La quantité totale du médicament ingéré est de 15 à 20 grammes.

Comme adjuvants, il emploie des compresses froides autour du cou, fait des nettoyages fréquents de la bouche et administre du vin.

Rarement la térébenthine provoque des vomissements; en revanche son ingestion est fréquemment suivie d'une évacuation intestinale qui en entraîne une partie.

Lorsqu'il existe des signes d'obstruction du larynx, l'essence de térébenthine devient inutile; elle est également peu efficace contre la diphtérie scarlatineuse; en revanche, elle semble avoir de bons effets dans l'angine simple. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I. — **Traité de l'acclimatement et de l'acclimatation, par JOUSSET** (*In*-8° 452 *p.*, *Paris*, 1884).

II. — **Noch ein Beitrag zur Makrobiotik aus Griechenland, par Bernhard ORNSTEIN** (*Arch. f. path. Anat. XCVI*, *Heft* 3).

III. — **Station du Levant, par FRIOCOURT** (*Arch. de méd. nav.*, *septembre* 1884).

IV. — **Archipel des Tonga, par SAFFRE** (*Ibid.*, *juillet* 1884).

V. — **Transmission de la fièvre jaune par le moustique diurne de Cuba, par Ch. FINLAY** (*Ibid.*, *n°* 5, 1884).

VI. — **South Africa as a health resort, par TRULL** (*The Practitioner*, *mars* 1885).

VII. — **Du traitement des maladies tropicales dans les climats tempérés; 1re partie par sir J. FAYRER et J. EWART; 2e partie par LE ROY DE MÉRICOURT et CORRE** (*Arch. de méd. nav.*, *n°* 12, 1883, *et n°* 1, 1884).

VIII. — **Ueber epidemisches Auftreten von Beriberi (Épidémie de béribéri à Manille), par KŒNIGER** (*Deut. Arch. f. klin. Med. XXXIV*, *Heft* 4).

IX. — **Weitere Beiträge zur pathologischen Anatomie und Histologie der Beriberi, par B. SCHEUBE** (*Arch. f. pathol. Anat. XCIX*, *Heft* 1).

X. — **De la fièvre récurrente malarienne observée aux Antilles, par TISSOT** (*Thèse de Paris*, 1884).

I. — Le mot *acclimatement* s'entend de l'accommodation spontanée et

naturelle à des conditions climatériques nouvelles : c'est un fait, une propriété physiologique de l'homme, une question d'anthropologie : l'*acclimatation* s'entend de l'intervention de l'homme, de l'hygiène, de la médecine dans l'adaptation de l'homme au milieu climatérique nouveau. Cette dernière science est infiniment délicate et précieuse ; la vie aux pays chauds dépend « plus des précautions que des remèdes », et l'on ne saurait accorder trop d'importance à des préceptes de ce genre lorsque l'on doit dire avec Baglivi : *Nunc de pelle humanâ agitur.*

Dans un livre fort instructif, Jousset étudie l'une et l'autre de ces accommodations.

La première partie (acclimatement) comprend quatre chapitres :

1. Aperçu sur les climats chauds ;
2. Physiologie des hommes de race tropicale ;
3. Physiologie de l'Européen aux pays chauds ;
4. Parallèle entre l'Européen et l'homme des régions tropicales vivant dans les mêmes zones climatériques.

La seconde partie (acclimatation) se compose de cinq chapitres :

1. Examen des sujets et précautions préliminaires ;
2. Arrivée aux pays chauds. Précautions à prendre ;
3. Travaux du corps et de l'esprit aux pays chauds ;
4. Durée de l'acclimatement individuel ;
5. Retour dans les régions tempérées ou froides.

Il y a dans ce plan quelque chose de complet et de méthodique qui satisfait l'esprit. De plus l'ouvrage de Jousset contient tous les détails nécessaires pour rendre un livre en même temps instructif et facile à lire. Il est regrettable que le même ordre ne se retrouve pas dans le détail des différents chapitres, et que bien des pages se présentent plutôt comme une suite de notes prises au jour le jour que comme une rédaction ferme.

La partie la plus intéressante, la plus personnelle, est celle qui est consacrée à l'acclimatation. Le style est vif et imagé : quelquefois le but est dépassé. « L'émigrant, est-il dit à la page 309, se trouvera bien de compter et de suivre le détail des pertes par la surface cutanée. » Qu'est-ce à dire ? Et par quel procédé, scientifique ou autre, le colon pourra-t-il mesurer la quantité de matériaux perdus par la transpiration ? — Le vœu de l'auteur restera, comme bien d'autres que nous pourrions citer, un *pium desiderium*.

L'auteur accepte les idées de ceux qui, comme Rufz de Lavison, admettent l'influence bienfaisante de la chaleur sur les manifestations scrofuleuses. « Chez les Européens transplantés, les poussées scrofuleuses s'atténuent et paraissent s'effacer, la maladie guérit ou se modifie au point de ne pas se transmettre par voie d'hérédité avec les conséquences et les transformations fâcheuses observées dans les régions tempérées... L'hygiène est souvent nulle, et nous pouvons laisser à la chaleur l'action avantageuse sur les manifestations lymphatiques. » Si ce fait était démontré, il serait d'un grand intérêt pour la prophylaxie générale. Malheureusement il ne s'accorde pas en théorie avec les doctrines admises sur l'origine des lésions scrofuleuses, et en pratique il paraît très discutable. Des recherches précises devront être faites sur ce point.

Plus loin, Jousset recommande de choisir avec soin les hommes appelés à servir aux colonies. « La tenue des troupes anglaises dans les deux guerres du Zoulouland et de l'Afghanistan a montré que les vétérans supportaient mieux les fatigues de la guerre dans les pays chauds. C'est pour cela que l'administration éloigna des bataillons de marche, dans la dernière expédition d'Égypte, tous les hommes au-dessous de vingt ans et tous ceux ayant moins d'un an de service. »

Ces quelques citations montrent suffisamment l'esprit du livre et comment l'auteur a compris sa tâche. En somme, malgré une rédaction un peu hâtive, malgré un prodigieux abus de citations souvent tronquées ou inexactes, l'ouvrage de Jousset est instructif et mérite d'être recommandé. C. ZUBER.

II. — L'auteur était médecin du corps d'armée grec qui fut chargé d'occuper les portions de la Thessalie données à la Grèce par le traité de Berlin. Il fut frappé de la longue durée de la vie des habitants. Il trouva des vieillards de 100, 110 et même 135 ans. D'après les statistiques mortuaires on trouverait sur 324 décès 1 décès de centenaire, tandis qu'à Magdebourg un décès de centenaire correspondrait à 2,000, chiffre inférieur même à celui que fourniraient beaucoup de villes où l'on ne trouverait qu'un centenaire sur 5,000 décès. P. GALLOIS.

III. — Ce travail contient une étude très complète de Port-Saïd au point de vue médical. La fièvre intermittente n'y existe point ; cette remarque, faite dès les premiers jours de la fondation, n'a point cessé d'être exacte. La fièvre typhoïde est rare ; la dengue a été importée plusieurs fois, mais n'est pas endémique. Les affections du tube digestif et de ses annexes sont d'une très grande fréquence ; la dysentérie et l'hépatite sont fréquentes.

Les vers intestinaux sont excessivement communs ; les médecins du pays abandonneraient le kousso pour l'extrait de fougère mâle ou la pelletiérine. Les maladies de l'appareil respiratoire viennent après celles de l'appareil digestif comme fréquence et gravité ; c'est la phtisie pulmonaire qui cause le plus de décès. Les maladies de l'appareil urinaire sont assez communes ; l'hématurie endémique est évidemment due au *distoma hœmatobium,* ou à des filaires. La syphilis, les affections cutanées, les maladies des yeux sont très fréquentes ; les traumatismes et grandes opérations guérissent en général très facilement. C. Z.

IV. — La race tongienne offre le plus beau type des races océaniennes ; le climat est très sain ; les Européens ne sont éprouvés que par la chaleur, qui amène à sa suite l'anémie des pays chauds. La race indigène est en décroissance par suite des ravages de la syphilis importée par les baleiniers, et de l'usage immodéré des alcools. Les maladies les plus fréquentes sont : le rhumatisme, la dysentérie, la bronchite, la phtisie et l'éléphantiasis. C. Z.

V.— En réponse aux critiques de Corre, l'auteur donne les détails les plus précis sur ses inoculations. « J'ai fait recueillir des moustiques dans un endroit sain, puis j'ai fait piquer, sous mes yeux, le malade choisi pour l'expérience, et ce n'est que plus tard, lorsque l'insecte avait digéré tout le sang sucé, que j'ai fait piquer le sujet destiné à l'inoculation. Je n'utilisai ainsi que le dard du moustique, comme simple aiguille d'inoculation, dans l'hypothèse qu'il avait dû retenir quelques parcelles

virulentes contenues dans les tissus malades qu'il avait traversés. »

Le premier sujet inoculé a été un père jésuite, habitant une ferme, où depuis neuf ans, la fièvre jaune ne s'était pas montrée, et n'ayant éprouvé aucune attaque fébrile. « Je le fis piquer, le 18 août, par un Culex mosquito qui avait successivement piqué, à deux jours d'intervalle, deux malades graves de fièvre jaune, chacun au sixième jour de la maladie. Huit jours après cette inoculation, il se produisit une fièvre qui dura six jours avec rémission à 38° le quatrième jour, et défervescence le septième. Il y eut une légère trace d'albumine le cinquième jour seulement; quelques crachats ensanglantés, et les conjonctives prirent une teinte sub-ictérique. Depuis cette époque, notre inoculé a résidé en ville, n'ayant ressenti, jusqu'à présent, aucune autre atteinte de fièvre, malgré le développement d'un cas mortel de fièvre jaune dans la maison qu'il habite. » C. Z.

VI. — L'auteur recommande pour les phtisiques le séjour sur divers points de la colonie du Cap, et spécialement à Bethlehem. Il y fait froid en hiver et chaud en été ; mais ces températures sont toujours sèches et facilement supportées ; il n'y a pas de brumes, d'humidité, de pluies pénétrantes ni de miasmes. Un séjour d'un an ou deux améliore les phtisiques d'une façon remarquable. Plusieurs maisons de santé ont été construites récemment. B. FÉRIS.

VII. — Le titre de ce mémoire est l'énoncé de la deuxième question posée par le comité d'organisation du Congrès international de médecine coloniale, qui a eu lieu au mois de septembre 1883. La première partie traite des suites de l'action de la malaria et de la chaleur, et ne présente rien de particulier ; la deuxième, de beaucoup la plus longue, est consacrée aux diarrhées et dysentéries exotiques. Les deux auteurs n'admettent « pas de diarrhée ou dysentérie particulière à telle ou telle région, mais seulement des diarrhées et dysentéries de fréquence et d'intensité plus grandes, à marche plus rapide vers la chronicité, dans certaines localités intertropicales où prédomine un ensemble de conditions remarquablement favorables au développement et à l'entretien de ces maladies ». Pour la forme chronique ils proposent la dénomination d'*athrepsie coloniale atrophique*. Ils rejettent du reste la nature parasitaire, et trouvent empirique la thérapeutique employée. C. Z.

VIII. — Du mois d'août au mois d'octobre 1882, une épidémie terrible de choléra sévit à Manille; elle fit 15 à 20,000 victimes sur 400,000 habitants. Cette épidémie avait à peine disparu qu'un cyclone ravagea la contrée, détruisit une grande partie de la ville et inonda la province. 60,000 familles se trouvaient sans abri. C'est dans ces conditions que se développa l'épidemie de béribéri. Jusque-là cette maladie était inconnue à Manille; elle avait été décrite autrefois par les moines, mais depuis longtemps les habitants en avaient perdu le souvenir. Au début, la mortalité était très considérable ; elle atteignait 60 0/0.

A Malabon, il mourut 300 personnes du béribéri sur 25,000 habitants ; il y eut certainement plusieurs milliers de victimes dans la ville et dans la province.

Les Européens furent moins éprouvés que les Chinois et les indigènes, grâce sans doute à leur hygiène meilleure. Les indigènes même en étaient venus à se nourrir exclusivement de riz.

Les femmes ne furent pas épargnées ; les femmes en couches furent atteintes de préférence.

Dans les premiers mois, on observa surtout la forme pernicieuse bien connue au Japon, plus tard les formes légères, atrophique et hydropique.

Dans la forme grave, aiguë, on constatait de l'abattement, de la somnolence, des palpitations, de la pesanteur épigastrique, puis du gonflement des jambes, des bras et du visage. L'appétit se perd, les urines diminuent beaucoup, parfois même manquent complètement. Si le malade mange quelque chose, il éprouve de la pesanteur épigastrique, des renvois acides, des vomissements. Le teint est très pâle, l'anxiété extrême, les pieds et les mains sont œdématiés, la faiblesse est considérable.

La sensibilité cutanée était abaissée aux extrémités ; les réflexes étaient très amoindris. La température, généralement peu élevée, atteignait quelquefois, mais ne dépassait pas 39°. Le pouls était petit, fréquent, dicrote, et, vers la fin de la vie, il devenait complètement insensible. On trouvait dans les poumons des râles sibilants et ronflants. Rarement on pouvait constater de l'augmentation de volume du foie et de la rate.

La maladie dans les cas mortels évolue en une semaine et demie à cinq semaines. La terminaison est annoncée par de la dyspnée, des palpitations. Les malades n'ont plus de repos, ils ne peuvent plus prendre de nourriture sans être tourmentés par une sensation d'étouffement, et sans avoir des vomissements. La faiblesse augmente toujours, et, enfin, la mort a lieu.

Au bout de deux mois, l'épidémie diminua d'intensité, et, au lieu des formes malignes, on observa les formes atrophique et hydropique qui avaient fait défaut jusqu'à ce moment.

L'œdème, l'ascite, étaient peu marqués chez les hydropiques, et, dans la forme paralytique, il n'y avait guère que de la parésie des membres. Les malades pouvaient encore faire à pied d'assez longues promenades. Il n'y avait pas de modification de la sensibilité ni des réactions électriques des muscles.

La guérison arrivait habituellement au bout de quelques semaines.

Deux opinions sont en présence sur la nature du béribéri. Pour Scheube, ce serait une infection miasmatique ; pour Wernich, une maladie de la nutrition, une lésion constitutionnelle de l'hématopoïèse et du système vasculaire. Scheube a trouvé dans deux cas une névrite généralisée qu'il considère comme caractéristique.

L'auteur ne pense pas, en tout cas, que la maladie soit contagieuse ; il l'a vue frapper surtout les indigènes misérables et épargner les individus qui avaient une hygiène meilleure. C'est ainsi que les Européens ont échappé à l'épidémie.

IX. — B. Scheube défend dans un nouveau mémoire sa théorie du béribéri, à laquelle il est fait allusion dans le travail précédent.

Il s'agit pour lui d'une névrite infectieuse multiple. Il est allé étudier la maladie à Batavia, où il a pu faire 20 autopsies.

L'examen microscopique a pleinement confirmé le résultat de ses premières recherches. Dans tous les cas, les nerfs examinés ont présenté une dégénérescence atrophique d'autant plus prononcée que les phénomènes paralytiques avaient été plus accentués pendant la vie. Cette dé-

générescence était caractérisée par le gonflement et la segmentation de la myéline, sa division en gouttelettes, sa disparition finale et même la destruction du cylindre-axe. Il ne restait ainsi que la gaine de Schwann complètement vide. Les noyaux de cette gaine étaient en voie de prolifération. Ce processus aboutissait sur certains points à la transformation scléreuse des troncs nerveux.

Les muscles avaient subi une dégénérescence tout à fait analogue. On trouvait sur certains points une sorte de dégénérescence colloïde. Il y avait multiplication des noyaux du myolemme.

La moelle a été examinée six fois dans toute son étendue. Dans un cas on trouva les grandes cellules des cornes antérieures atrophiées et même complètement détruites à la région dorsale. La même lésion fut constatée deux fois à la région lombaire.

Les pneumogastriques, les filets du plexus cardiaque présentaient aussi de la névrite, ce qui correspond sans doute aux manifestations cardiaques fréquentes du béribéri (palpitations, oppressions, etc.).

L'état granuleux et la dégénérescence graisseuse des parenchymes, les petits foyers de dégénérescence trouvés dans le foie, les reins, le cœur, les muscles, indiquent une maladie générale, sans doute parasitaire. ALBERT MATHIEU.

X. — Trois périodes distinctes caractérisent la fièvre récurrente malarienne : 1° une première phase fébrile : période inflammatoire ; 2° une période de rémission, qui est apyrétique ; 3° une deuxième phase fébrile : la rechute. La maladie présente rarement une période prodomique, elle débute dans la généralité des cas par un accès de fièvre.

Tissot partage complètement l'avis de Corre, qui distingue nettement la maladie en question du *relapsing fever* des Anglais, ou typhus à rechute, avec lequel elle offre toutefois des analogies apparentes.

Il ne s'agit pas là, vraisemblablement, d'une entité morbide spéciale, mais plutôt d'une forme particulière de la fièvre rémittente endémique des pays chauds.

L'auteur conclut que la fièvre récurrente malarienne est une forme grave du paludisme, qu'elle porte une atteinte profonde à l'organisme et qu'elle nécessite le renvoi des malades en France. L. HASSLER.

I. — Traité des fièvres palustres, par A. LAVERAN (*In-8°, 548 p., Paris*, 1884).

II. — Ueber Intermittens-Impfungen (Inoculation de fièvre intermittente), par C. GERHARDT (*Zeit. f. klin. Med., Band VII, p.* 372).

III. — Des altérations des globules rouges dans la malaria et de la genèse de la mélanémie, par E. MARCHIAFAVA et A. CELLI (*Fortsch. der Med., n°* 18, 1883, *et Arch. ital. de biol., II, p.* 147).

IV. — Studien ueber Malaria, par SEHLEN (*Fortschritte der Med., n°* 18, 1884).

V. — Bruits de souffle spléniques dans la fièvre intermittente, par S. MAISOURIANTZ (*Vratch, n°* 50, 1884).

VI. — Cirrhoses paludo-alcooliques, par L. VÉRON (*Arch. gén. de méd., septembre* 1884).

VII. — Accidents cérébraux et accès pernicieux sporadiques, par J. BESNIER (*Union méd.*, 30 *août* 1884).

VIII. — Asphyxie locale et gangrène palustres, par L.-H. PETIT et VERNEUIL (*Rev. de Chir.*, 1883).

IX. — Un cas de gangrène palustre, par BOUTIN (*Arch. de méd. nav.*, *n° 4*, 1884).

X. — Sur un cas de gangrène de cause impaludique, par COLLEVILLE (*France méd.*, 31 *janvier* 1884).

XI. — Fièvre intermittente tierce ; traitement par les injections sous-cutanées d'acide phénique, par DIEULAFOY (*Bull. Soc. méd. des hôp.*, 22 *octobre* 1884).

I. — La *Revue* a rendu compte (XVIII, 703) de la découverte, dans l'impaludisme, d'un microbe spécial différant entièrement de forme et de propriétés de tous les micro-organismes connus jusqu'alors. Laveran lui avait donné le nom d'*Oscillaria malariæ* et le considérait comme l'agent infectieux de cette maladie. Nous avons fait remarquer, à cette époque, que cette conclusion paraissait prématurée, le microbe en question n'ayant pas été reproduit par la culture, et l'inoculation aux animaux n'ayant pas réussi. Dans son nouvel ouvrage, Laveran maintient avec plus d'autorité sa manière de voir, sans pouvoir fournir la preuve qui lui était réclamée ; il semble donc que la question n'ait pas fait de progrès.

Cependant les nouvelles descriptions de Laveran sont plus précises et plus claires qu'autrefois. Le parasite se présente sous quatre aspects différents qui représentent des états de développement plus ou moins avancés du même organisme : 1° les corps kystiques n° 1, ovales, transparents ; 2° les corps kystiques n° 2, ronds, pigmentés, de grosseur variable ; 3° les filaments mobiles, qui constituent la forme la plus caractéristique et la plus intéressante à connaître ; 4° des formes irrégulières, ratatinées, non pigmentées, qui représentent les cadavres des formes qui précèdent.

Pour observer ces différentes formes il n'est nul besoin d'employer des réactifs colorants, qui d'ailleurs réussissent assez mal. Leur principal inconvénient est de tuer le microbe et par conséquent d'enlever aux filaments leur mobilité caractéristique. L'examen doit être fait séance tenante sur du sang qui vient d'être enlevé, avec les précautions convenables, du doigt d'un homme qui n'a pas pris de sulfate de quinine.

Le livre de Laveran n'est pas, à proprement parler, un traité des fièvres palustres ; c'est un essai sur la nosologie de l'impaludisme éclairée par la notion parasitaire. La lecture en est attachante et le lecteur sera frappé de la clarté d'exposition qui résulte de la simplicité de l'étiologie. Peut-être est-il permis de faire observer qu'en maint endroit l'auteur a peut-être trop cédé au désir d'être avant tout logique et clair ; aussi trouve-t-on à chaque pas des affirmations très nettes, très personnelles, en opposition absolue avec l'enseignement des maîtres et l'expérience de nos anciens d'Algérie. Ce n'est pas le moment de s'attarder à ces critiques, l'essentiel est de mettre hors de conteste le microbe de l'impaludisme. Ce point acquis, et nous ne doutons nullement qu'il le soit, il sera temps de voir ce qui de l'œuvre de nos devanciers méritera d'être conservé.

C. ZUBER.

II. — Gerhardt a inoculé la fièvre intermittente à des sujets sains. Il croit que ces expériences doivent être faites en prenant les précautions suivantes :

1° Le lieu où l'on fait l'expérience doit être indemne de fièvre intermittente ;

2° Les personnes sur lesquelles on recueille la matière à inoculer doivent être indemnes d'autres maladies inoculables, et notamment n'être pas syphilitiques;

3° Les sujets inoculés doivent être préalablement mis au courant de la situation et doivent ne pas ignorer les inconvénients qui peuvent en résulter pour leur travail et leur santé;

4° La température doit être prise pendant un temps assez considérable, avant l'inoculation, afin d'être bien sûr qu'il n'y a aucune fièvre.

Gerhardt a inoculé deux sujets qui étaient depuis longtemps à l'hôpital et devaient y rester longtemps encore, l'un à cause d'un fibrome volumineux, l'autre à cause d'accidents hystériques. Chez tous deux, la température avait été prise régulièrement deux fois par jour et on pouvait affirmer l'absence de fièvre. Les résultats de l'expérience peuvent se résumer ainsi :

1° L'agent de la fièvre peut être inoculé au moyen du sang pris pendant l'accès;

2° La fièvre intermittente produite par inoculation du sang diffère de la fièvre intermittente ordinaire par une marche plus irrégulière;

3° Après une série d'accès isolés ou groupés, au douzième jour chez l'un des sujets, au vingt-cinquième chez l'autre, il se développa une fièvre quotidienne assez régulière correspondant au type de fièvre du sujet sur lequel on avait pris le sang d'inoculation;

4° Au 19e jour chez l'un des sujets, à cause d'une température de 41°,1, au 28e chez l'autre, à cause d'un accès de fièvre qui dura vingt-quatre heures, on dut interrompre l'expérience en coupant la fièvre par une dose massive de quinine ;

5° Les accès survinrent chez les deux sujets à peu près à l'heure où l'inoculation avait été faite, c'est-à-dire à trois heures de l'après-midi, ou bien atteignirent à ce moment leur acmé ;

6° La durée de la période d'incubation est difficile à préciser à cause des accès isolés du début. Chez un sujet, le premier mouvement fébrile survint le septième jour, chez l'autre le douzième; la série des accès plus graves commença chez l'un le dix-septième, chez l'autre le vingt-cinquième jour.

M. DEBOVE.

III. — Après avoir rappelé les diverses théories qui ont cours pour expliquer la présence dans le sang et dans les viscères de granulations pigmentaires au cours de la malaria, les auteurs décrivent en détail les procédés d'examen qu'ils ont employés. Ces procédés consistent presque tous dans l'emploi de bleu de méthyle comme matière colorante du sang et des viscères, absolument comme on en fait usage actuellement dans la recherche des productions bacillaires. Il résulte de leurs études qu'au cours de la malaria il se produit dans les globules rouges une altération qui peut être suivie dans toutes ses phases et qui commence par la présence de granules et de corpuscules généralement sphériques, se colorant avec quelques couleurs d'aniline; elle continue par l'agrandissement de ces corpuscules, par leur fusion et par la formation de pigment noirâtre, sous forme de granulations, et enfin elle se termine par la réduction du globule rouge en un corps pigmenté, d'aspect jaunâtre, qui se dissout

ensuite, tandis que le pigment devenu libre vient se renfermer dans les globules blancs, et de là se dépose dans quelques organes (rate, moelle osseuse, foie).

Quant à savoir sous quelle influence se développe cette altération des globules rouges, les auteurs ne peuvent le dire. Ils ont essayé de cultiver du sang malarique, mais sans jamais pouvoir parvenir à trouver dans le liquide de culture la trace d'un proto-organisme bien défini. En revanche, sous divers influences, la chaleur par exemple, ils sont arrivés à produire des déformations de globules rouges qui peuvent être confondues au premier abord avec des productions parasitaires. Ces pseudo-bacilles consistent dans la formation de prolongements qui naissent de la périphérie des globules rouges et parfois finissent par se rompre. Devenus libres, il sont très mobiles et peuvent donner le change sur leur véritable nature. Comme autres altérations observées dans le sang au cours de l'impaludisme, Marchiafava et Celli signalent encore la présence de globules rouges plus volumineux que les globules normaux, celle de globules rouges qui se colorent autrement que les hématies légitimes; enfin celle de globules rouges à noyau. Ils expliquent cette dernière particularité en disant que les organes hémato-poiétiques, au cours de la malaria, produisent un nombre de globules rouges beaucoup plus considérable qu'à l'état de santé, en vue de lutter contre la déglobulisation habituelle en pareil cas. Dès lors ces globules rouges passent dans le torrent circulatoire avant de s'être débarrassés de leur noyau. C. GIRAUDEAU.

IV. — Sehlen a retrouvé dans le sang de plusieurs fébricitants les petits corpuscules arrondis, décrits par Marchiafava et Celli, inclus dans les globules rouges, ou libres entre ces derniers; ils sont représentés par des noyaux arrondis de 0,5 à 1,0 μ de diamètre, et par des éléments deux fois plus volumineux, de forme arrondie également; entre ces deux variétés se trouvent des séries variées d'éléments intermédiaires, parmi lesquels on trouve également des corpuscules ovoïdes dont les deux pôles se colorent fortement, tandis que le centre reste clair. Jamais l'auteur n'a pu observer de bacilles dans ces circonstances. Une goutte de sang d'un fébricitant recueillie avec toutes les précautions exigées et ensemencée sur un liquide de culture approprié permit de constater après le troisième jour l'existence de colonies de bactéries, d'aspect blanchâtre, du volume d'une lentille environ, et constitués microscopiquement par des micrococcus de la grosseur de 1 μ. Dans un cas, à côté de colonies blanchâtres, il s'en développa d'autres, d'aspect jaunâtre, qui se mêlèrent aux précédentes, puis la culture reprit son aspect ordinaire à la troisième ou à la quatrième série de cultures. Les unes comme les autres étaient constituées par des micrococcus semblables. Il faut ajouter que le sang d'individus guéris d'accidents palustres et traité d'une manière identique demeura entièrement stérile.

Sehlen n'a pas observé de bacilles dans les cultures. Jusqu'à présent les inoculations sont restées sans aucun effet particulier. Des expériences semblables ont été faites avec des parcelles de terre provenant de lieux insalubres ou avec de petites quantités d'eau; Sehlen parvint ainsi à isoler trois espèces différentes de bacilles et plusieurs variétés de micrococcus. Des tentatives d'inoculation sont restées juqu'à présent sans grand résultat.

A l'aide d'un appareil très ingénieux, l'air a été également examiné au point de vue de sa contenance en bacilles; ceux qui ont été trouvés ressemblent beaucoup à ceux qui ont été constatés dans les cultures provenant du sol, mais on ne peut encore poser aucune conclusion définitive. W. OETTINGER.

V. — Dans 8 cas de fièvre intermittente palustre avec tuméfaction plus ou moins récente de la rate, l'auteur a observé dans cette dernière des bruits de souffles synchroniques avec le pouls, dont la genèse serait, d'après l'auteur, analogue à celle des bruits de souffles de l'utérus gravide. Le souffle splénique a déjà été observé par Griesinger et Kapoustine dans les fièvres palustres, par Mosler dans le typhus récurrent, et par Schützenberg et Winkel. W. HOLSTEIN.

VI.— Les cas rapportés par Véron appartiennent aux cirrhoses mixtes de Guiter et Dieulafoy. L'auteur insiste spécialement sur l'étiologie, ainsi que l'indique le titre de son travail. Il a observé en Algérie, pays de l'alcoolisme et du paludisme, deux intoxications qui agissent de concert pour déterminer du côté du foie des lésions mixtes, parenchymateuses et interstitielles. La marche de cette variété de cirrhoses est rapide, et sa durée se chiffre non par années, mais par mois. P. MERKLEN.

VII. — 1° Un homme de 69 ans ayant eu en 1873 une attaque d'apoplexie est pris, peu après son retour de Naples, où il a passé près de 3 ans, d'accidents graves. Le 24 février au soir, fièvre et frisson; le 25 au soir, retour des mêmes symptômes plus accusés et accompagnés d'agitation et de délire violent; le 26, le malade est complètement rétabli; le 27 au soir, sans cause facile à déterminer, retour du délire et de la fièvre; le 28 nouvelle crise plus intense. Le 1er mars au matin, le malade a toute son intelligence, pouls calme, sueurs profuses; expectation de crachats visqueux; râles muqueux et sibitants disséminés, avec un point de congestion à la base droite. Le malade fut soumis à la médication quinique 1 gramme par jour : il n'eut d'accès fébrile ni le 2 ni le 3 mars; le 4 au soir il présenta un subdelirium passager; les accidents thoraciques disparurent en quelques jours, et le 10 mars le malade était rétabli. Un mois après il mourait, en quatre jours, d'une attaque d'apoplexie.

2° Homme de 73 ans, a eu le diabète il y a déjà longtemps, est pris le 6 mai dans l'après-midi de frissons et de fièvre; le 7 mai au matin nouveau frisson; peu après le malade est affaissé, la parole lente, les idées confuses, le regard fixe; rien dans les viscères thoraciques. On prescrit 60 centigrammes de sulfate de quinine et une potion de Todd. Dans l'après-midi le malade avait perdu connaissance, la respiration était devenue stertoreuse; le soir, à 9 heures, intelligence normale; pas de fièvre; sueurs profuses; pas de mégalosplénie; 1gr,20 de sulfate de quinine à prendre le matin et deux fois. Le 8, à 8 heures du matin, frisson moins intense que la veille; à 9 heures, intelligence nette, parole facile, urines rouge foncé (5 grammes de sucre, 80 centigrammes d'albumine par litre). A 11 heures, nouveau frisson suivi de fièvre et coma. A 6 heures, apyrexie; sueurs modérées. 1gr,20 de quinine à prendre à 4 heures du matin. Les accès ne reviennent plus, non plus que le coma; les urines, peu à peu, redeviennent normales quant à la quantité. Le 20 mai la guérison était complète, à part le diabète.

Besnier fait remarquer que ses 2 malades étaient atteints de maladie chronique et dans des conditions morbides particulières qui les prédisposaient à des accidents cérébraux (athéromasie des artères cérébrales, diabète et albuminurie). Les accidents ont procédé par accès de quelques heures de durée, revenant périodiquement, revêtant, dans le premier cas, le type double quarte et la forme délirante; dans le second, le type quo-

tidien double et la forme comateuse. Ils ont débuté par des frissons et se sont terminés par des sueurs profuses. Ils ont disparu devant le sulfate de quinine. H. L.

VIII. — La première partie de ce mémoire est consacrée à une revue historique, de laquelle se dégage cette conclusion; c'est qu'entre l'asphyxie locale et le paludisme il existe parfois des relations évidentes, sur lesquelles Duroziez, Moursou et Calmette ont les premiers insisté; tantôt l'asphyxie est contemporaine de l'accès, tantôt elle survient à une époque plus ou moins éloignée, ainsi que le prouvent quelques observations que les auteurs rapportent.

Dans les pages qui suivent, Verneuil et Petit passent en revue les travaux publiés sur la gangrène palustre; ils en distinguent deux formes, l'une consécutive à une lésion préexistante (blessures, phlegmasie, ulcérations), et l'autre apparaissant d'emblée, précédée seulement d'ischémie, d'asphyxie locale; c'est la gangrène palustre proprement dite.

Siégeant le plus souvent aux extrémités terminales des membres, sur les saillies de la face, sur les organes génitaux, elle est presque toujours symétrique; elle apparaît soit dans le cours de la fièvre intermittente, soit chez d'anciens paludiques indemnes pour le moment de tout maladie, soit enfin chez des paludiques atteints d'une affection capable de provoquer la fièvre. Parmi les phénomènes spéciaux à son évolution il faut signaler l'irrégularité de son envahissement, qui peut être continu, rémittent ou intermittent. La guérison en est la terminaison la plus habituelle.

Dans un dernier chapitre, l'un des plus intéressants de ce travail, et dont il est impossible de donner une courte analyse, les auteurs s'occupent de la pathogénie, et terminent par quelques lignes de traitement. OZENNE.

IX. — Un sergent d'infanterie de marine, envoyé en convalescence après deux ans de séjour au Sénégal, est pris en arrivant chez lui d'un accès qui dure 3 jours, et au bout duquel apparaît une gangrène de la verge. Après un mois et demi la guérison était obtenue, le prépuce ayant disparu, sauf à la partie inférieure, où il fait au niveau du frein un relief assez prononcé.

Le sucre, recherché avec soin, ne s'est montré dans les urines que le 12e jour, en très petite quantité, et n'a persisté que pendant 4 jours. C. Z.

X. — Il s'agit d'un officier, sans antécédents syphilitiques ou alcooliques, mort à 70 ans. En Cochinchine, en 1867, il avait eu plusieurs accès de fièvre intermittente, d'abord quotidiens, puis tierces. Dès cette époque, il présentait aux doigts, à certains moments, une pâleur très accusée avec sensation de froid glacial jusqu'au niveau de la partie moyenne de la deuxième phalange. En même temps, des gouttelettes de sueur apparaissaient sur les parties atteintes. Ces accès de spasmes artériels se montraient aux mêmes heures que les accès fébriles. Comme la fièvre, ils cédèrent au sulfate de quinine.

En 1882, étant en Sologne, le malade fut repris d'accès tierces, qui furent encore arrêtés par la même médication.

En 1883, il fut atteint d'un furoncle à la lèvre supérieure, près de la commissure gauche. Le malade était athéromateux; de temps en temps il avait des épistaxis; la rate était assez grosse. Ni glycosurie ni albuminurie. L'anthrax amena assez rapidement la mort par gangrène avec pneumonie hypostatique. GASTON DECAISNE.

XI. — Un homme de 36 ans est atteint en 1877 de fièvres palustres à

type tierce : cette première attaque dura trois mois, et fut combattue par la quinine ; il en eut deux autres, l'une en 1882, qui dura trois semaines ; l'autre en mai 1883, qui en dura quatre, toutes deux combattues par le sulfate de quinine. Le 18 juin 1884, retour d'accès de fièvre, qui revêtent le même type ; le 26, le malade entre à l'hôpital ; dès le lendemain on inaugure un traitement qui dura dix-sept jours, consistant en 4 injections d'une solution d'acide phénique au 1/100e, soit 5 centigrammes par jour. Au bout de treize jours les accès furent coupés, ils reparaissaient à jour et à heure fixe, mais amoindris comme durée et intensité.

Un malade, atteint de fièvre intermittente quotidienne, chez qui la température s'élevait à 41°, traité dans les mêmes conditions, vit ses accès disparaître après le quatrième jour. H. LEROUX.

Neue Untersuchungen ueber die Malariainfection, par MARCHIAFAVA et A. CELLI (*Fortschritte der Medicin*, n° 11, 1885).

Marchiafava et Celli ont trouvé dans le sang d'impaludiques des modifications très importantes des globules rouges : sur une préparation de sang sec, après coloration, on voit dans l'intérieur des hématies des corpuscules non pigmentés de formes diverses et se colorant facilement par les couleurs d'aniline. Lorsqu'ils atteignent les dimensions du tiers ou plus d'un globule rouge, on peut les observer sans l'addition d'aucun réactif ou d'aucune matière colorante. Ces corpuscules présentent souvent la forme d'un anneau, et cet aspect tient à ce qu'il peut exister au centre même du corpuscule une vacuole ; d'autres fois ils prennent une forme arrondie, ovalaire, ou bien enfin ils présentent des prolongements doués de mouvements amiboïdes d'une activité plus considérable que ceux des globules blancs. A côté de ces corpuscules, contenus dans les hématies, et qui sont parfois en grand nombre, il existe également des globules rouges contenant des particules de pigment ; celles-ci, sous forme de granulations ou de bâtonnets, se trouvent dans les corpuscules précédemment décrits, qui prennent alors des formes irrégulières.

Ainsi donc, le premier fait à noter, c'est l'existence de corpuscules mobiles dans le globule rouge, puis celle de corpuscules contenant des granulations pigmentaires ; ceux-ci enfin peuvent devenir indépendants et sortir du globule rouge, où il étaient primitivement contenus. Les corpuscules en demi-lune, décrits par Laveran, ont été retrouvés par Marchiafava et Celli ; ce ne sont que des corpuscules pigmentés, dont toute l'évolution peut être suivie depuis le moment de leur formation dans le globule rouge jusqu'au moment où ils deviennent libres. Les mêmes auteurs ont également retrouvé dans 4 cas d'impaludisme, sur 42 qu'ils ont examinés, les corps avec *filaments mobiles* décrits par Laveran et Richard, mais ils en distinguent deux espèces différentes : les uns sont arrondis, possèdent un noyau contenant des granulations pigmentaires, et présentent à leur périphérie des mouvements ondulatoires bien visibles durant 30 à 40 minutes, pour disparaître ensuite, tandis que les granulations pigmentaires du centre présentent des mouvements oscillatoires pendant très longtemps encore, si l'on évite la coagulation sanguine. La seconde espèce de ces corps est représentée par des corpuscules plus petits que les globules rouges ; au centre se trouve une vacuole remplie de granulations pigmentaires ; à la périphérie se trouvent des filaments régulièrement ou

irrégulièrement disposés, très allongés et qui présentent des mouvements très actifs; ils se meuvent en chassant autour d'eux les globules rouges qui les entourent ; dépose-t-on sur la préparation une goutte d'eau distillée, aussitôt le mouvement cesse et les filaments deviennent invisibles; si la préparation est séchée, puis colorée, on ne retrouve plus que des corps avec vacuoles centrales pigmentées, mais les filaments ne sont plus visibles.

Enfin, il existe aussi des masses, constituées par des accumulations de corpuscules hyalins, contenant quelquefois une vacuole à leur centre, et semblant provenir de la division des corps précédemment décrits ; ces corpuscules hyalins se colorent très bien avec les coulenrs d'aniline, et ils présentent alors un aspect absolument semblable à ces petites masses contenues dans les globules rouges. Il faut enfin ajouter que ces corpuscules peuvent, sous l'œil de l'observateur, se diviser en deux corpuscules semblables et former alors par leur accumulation des masses assez volumineuses.

Marchiafava et Celli ne se prononcent pas sur la valeur significative de ces différents corps ; ils font remarquer toutefois les allures étranges qu'ils revêtent parfois, et qui font supposer qu'il ne s'agit pas là d'un véritable schyzomycète.

Ces mêmes auteurs ont également reproduit expérimentalement sur l'homme des accès fébriles, en tous points semblables à des accès de fièvre intermittente, en injectant dans une veine une petite quantité de sang d'individu atteint de malaria ; inutile d'ajouter que ces expériences ont été faites avec toutes les précautions indispensables. La quantité de sang injectée dans une veine sous-cutanée ou dans le tissu cellulaire n'excédait jamais un gramme ; mais l'injection devait être plusieurs fois répétée pour qu'on vìt apparaître des accidents fébriles bien caractérisés ; ils se manifestèrent un temps variable après la première injection, depuis le 12e jusqu'au 38e jour. Sur cinq expériences faites par Marchiafava et Celli, 3 ont pleinement réussi, et dans 2 cas surtout les altérations des globules rouges, regardées comme caractéristiques par ces auteurs, furent également retrouvées avec leurs mêmes particularités. Il faut encore ajouter que ces accès fébriles, expérimentalement produits, disparaissent après l'administration de fortes doses de sulfate de quinine.

Quant aux cultures, faites avec le sang d'impaludiques, les unes restèrent stériles, lorsqu'elles avaient été faites avec un sang ne présentant pas les altérations spéciales des globules rouges, les autres donnèrent naissance à des produits morphologiquement analogues à ceux qu'a décrits Sehlen, c'est-à-dire identiques aux formes initiales des corpuscules arrondis. (Voy. p. 534.) W. ŒTTINGER.

I. — Idiopathic (progressive pernicious) anœmia and its successful treatment, par George PADLEY (*The Lancet*, 10-15 *novembre* 1883).

II. — De la chlorose et de l'anémie pernicieuse progressive, par BOTKINE (*Jégénéd. Klinicz. Gazeta* nos 5 *et* 6, 1884).

III. — Idiopathic anœmia of Addison, par J. Magee FINNY (*The Dublin j. of med. sc.*, *p.* 18, *juillet* 1884).

IV. — Zur Pathologie des Blutes (1. Leucocytose de l'agonie; 2. Leucocytose

passagère dans l'anémie pernicieuse progressive), par M. LITTEN (*Berlin. klin. Woch., n° 27, p.* 405, 2 *juillet* 1883).

I. — L'auteur appelle l'attention sur les excellents résultats obtenus par divers auteurs et par lui-même au moyen du traitement arsenical, dans une affection qui s'est jusqu'ici montrée rebelle à tous les autres moyens thérapeutiques. Sur 48 cas traités sans arsenic, par le fer, le quinquina, l'hydrothérapie, la transfusion, etc., il y a eu 42 morts; 2 restés en traitement empiraient; dans 3 le résultat est resté inconnu; 1 seulement a guéri (Hobson, Coupland, Mackenzie, Bramwel et Barclay). Sur 32 cas traités par l'arsenic, on a compté 16 guérisons, 2 améliorations et 4 morts (Hobson, Coupland, Mackenzie, Bramwell, Finny, Broadbent, Lockie, Withers-Moore et Padley). Parmi les 16 guérisons il y a 15 cas où l'arsenic a été le fond du traitement; dans le 16e l'arsenic a été donné d'abord, le carbonate de fer ensuite. BARTH.

II. — En s'appuyant sur deux observations personnelles, l'auteur regarde la chlorose comme une affection primitive du système nerveux.

L'anémie pernicieuse progressive, qui ne différerait de la chlorose que par une intensité plus grande de l'anémie, aurait une origine analogue.

W. HOLSTEIN.

III. — Relation détaillée de la maladie et de l'autopsie d'une femme de 44 ans, anémique au dernier point, qui mourut d'asthénie sans aucun symptôme de lésions d'organes. A l'autopsie, sauf un certain degré de sclérose hépatique, on ne trouva aucune lésion. On chercha, bien entendu, s'il n'existait pas de cancer latent, ni de leucocythémie, ni de maladie de Bright, le tout sans succès.

Le point intéressant de cette observation est que dans les dernières semaines la maladie fut fébrile, avec un type particulier, à exacerbations viscérales. Les urines furent toujours foncées et riches en matières colorantes, provenant de la déglobulisation du sang. Il n'y eut d'hémorragie par aucune voie.

H. R.

IV. — Depuis quelques années, Litten a examiné le sang de tous les agonisants de la Charité de Berlin, quelle que fût leur maladie, chirurgicale ou médicale.

Il a trouvé que l'augmentation des globules blancs est la règle dans les derniers jours de la vie; il n'y a guère d'exception si l'agonie se prolonge. La leucocytose peut alors atteindre un degré très considérable. Ce fait est important à connaître, pour ne pas croire à tort à une apparition de leucémie.

Litten explique cette leucocytose de la façon suivante : grâce à leur nodosité, quand le mouvement circulatoire commence à faiblir, les globules blancs agglutinés forment sur la paroi vasculaire une couche quasi stagnante.

Le second point sur lequel Litten appelle l'attention est qu'il survient parfois au cours de l'anémie pernicieuse progressive une leucocytose intense, mais toute passagère. Il en a vu deux exemples chez de jeunes femmes. J. B.

Ueber Veränderungen in den nervösen Apparaten der Darmwand bei perniciöser Anämie und bei allgemeiner Atrophie (Altérations des nerfs des parois

intestinales dans l'anémie pernicieuse et l'atrophie générale), par M. SASAKI (*Arch. f. path. An. u. Phys. XCVI, Heft* 2, *p.* 287).

L'auteur mentionne des travaux de Jürgens et de Blaschko sur ces lésions nerveuses. Rappelant ensuite la division proposée par Lépine en anémies pernicieuses : 1° de cause splénique et médullaire ; 2° gastro-intestinale ; 3° de la grossesse ,il arrive aux conclusions suivantes.

Il est très vraisemblable que la forme gastro-intestinale de l'anémie pernicieuse est causée par des lésions nerveuses de la paroi intestinale. L'auteur a examiné deux intestins à ce sujet. Dans le premier le plexus d'Auerbach présentait des cellules ganglionnaires petites, déformées, granuleuses, dépourvues de noyau. Les filets nerveux se coloraient mal. Dans l'intervalle des cellules ganglionnaires se voyaient des masses présentant les réactions de l'hyaline de Recklinghausen et rappelant les corps amylacés de la moelle. Le plexus de Meissner présentait des lésions analogues. Les autres éléments de la paroi intestinale, muscles et glandes de Lieberkühn, étaient altérés.

Dans le second cas, les lésions, plus accentuées dans le plexus d'Auerbach que dans celui de Meissner, consistaient surtout en dégénérescence graisseuse, l'intestin tout entier paraît atrophié. Cette atrophie intestinale et ces lésions nerveuses sont des phénomènes connexes qui expliquent l'anémie pernicieuse.

Dans certaines affections locales de l'intestin on peut rencontrer des lésions nerveuses identiques, mais elles ne sont pas généralisées, et ne se trouvent qu'au point malade. P. GALLOIS.

I. — Plaie pénétrante du péricarde par une balle de revolver; péricardite, bruit de moulin, etc., par POLAILLON (*Union méd.*, 18 *novembre* 1884).

II. — A case of purulent pericarditis, treated by paracentesis and by free incision, with recovery, par Samuel WEST (*Medico-chir. transact. LXVI, p.* 236, 1883).

III. — Notes on a case of pyœmia with suppurative pericarditis, par BRINTON et J. COLLYNS (*St-Barth. hosp. Rep. XIX, p.* 271, 1883).

IV. — Ueber eitrige Pericarditis bei Tuberculose der Mediastinaldrüsen, par Alfred KAST (*Arch. f. path. Anat. und Phys., XCVI, Heft* 3, *p.* 489, 1884).

V. — Un cas de ponction du péricarde, par de CÉRENVILLE (*Revue méd. de la Suisse romande, II*, 336, *juin* 1882).

VI. — Ein Fall von Punction des Herzbeutels, par Paul BARTH (*Corresp. Blatt für schweizer Aerzte, n°* 20, *p.* 683, *octobre* 1882).

VII. — Ein Fall von Punctio Pericardii, par SCHMUEKER (*Wien. mediz. Woch., n°* 45, 1883).

VIII. — Ueber einen zweiten Fall von Pulsus paradoxus in Folge von Pericarditis ohne Mediastinitis, par E. BŒHR (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 190, *mars* 1883).

IX. — Sur les conditions d'apparition et la valeur diagnostique du collapsus veineux diastolique de Friedreich, par Franz RIEGEL (*Deutsch. Arch. für klin. Medic. XXXIV, Heft* 3, *p.* 233, 1883).

I. — D..., âgé de 12 ans, reçoit le 23 mars une balle de revolver dans la

poitrine. Il y a une petite plaie à l'épigastre, à gauche de la ligne médiane, près de l'appendice xyphoïde. L'écoulement sanguin a été peu abondant. Pendant les premiers jours, sauf un peu de fièvre, l'état général est bon; le 29 mars, l'enfant est pris soudain d'étourdissement et de syncope; la face est grippée; les extrémités froides; le pouls est imperceptible, les battements du cœur réguliers. On eut l'idée d'une péritonite suraiguë. Deux jours après, les accidents sont atténués; les bruits du cœur sont normaux.

Le 1er avril, la plaie est remplie de bourgeons charnus et offre à droite un petit pertuis par où l'on voit sourdre un liquide séro-purulent pendant l'expiration; pendant l'inspiration l'air est absorbé; à la pointe du cœur les bruits sont réguliers; vers le troisième espace intercostal gauche on entend un bruit de clapotement, de roues de moulin, et, de temps en temps, un tintement métallique comme dans l'hydropneumothorax.

2 *avril.* — Le maximum du bruit de moulin est localisé plus haut; il est certainement produit par les mouvements du cœur, tandis que le tintement métallique coïncide avec certaines inspirations.

4 *avril.* — Les bruits anormaux ont disparu.

9 *avril.* — Frisson, suivi le lendemain de la constatation des signes d'une pleuro-pneumonie de la base, puis de tout le côté gauche. Mort le 16 avril.

A l'autopsie on constate que le conduit fistuleux aboutit directement dans le péricarde, qui est distendu par le pus, mais ne contient pas de gaz. Ses parois sont très épaisses; un peu en arrière de son insertion au diaphragme on voit l'orifice d'entrée de la balle; on trouve un autre orifice vers la base du cœur au niveau du point où le péricarde se porte de l'oreillette gauche sur le sternum; une sonde s'enfonce en cul-de-sac jusque vers le trou de Botal, mais des retards dans l'examen des viscères ne permirent pas de retrouver la balle, que ne contenaient ni le cœur, ni les poumons, et qu'on ne chercha pas avec soin dans l'abdomen.

Le plèvre gauche contenait trois quarts de litre de liquide; le poumon gauche était congestionné et renfermait quelques infarctus.

L'auteur admet que la balle, dont le calibre était de 6 millimètres, a pénétré dans la cavité auriculaire droite; que la syncope du sixième jour aurait été due à son déplacement, et qu'elle serait tombée dans la veine cave inférieure. H. L.

II. — Garçon de 16 ans, tamponné par un wagon deux mois auparavant. Le 16 août, début des accidents par du frisson et de la douleur précordiale, dyspnée d'emblée considérable, se calmant momentanément, puis revenant 15 jours après avec des menaces de syncope. L'enfant entre à l'hôpital le 7 septembre avec de l'orthopnée, de la cyanose, un pouls imperceptible et franchement paradoxal. Voussure et œdème de la région précordiale, tension de l'épigastre. On ne peut sentir la pointe du cœur, ni entendre nettement les bruits cardiaques. La matité remonte en haut à la deuxième côte, et déborde manifestement le sternum à droite : en bas, elle descend jusqu'à la septième côte et déprime le creux épigastrique. Le foie est manifestement abaissé.

Diagnostic : épanchement péricardique rhumatismal. Sangsues sur la région précordiale qui soulagent le malade et diminuent la dyspnée. Mais les jours suivants, aggravation des symptômes et gonflement des pieds.

La matité précordiale s'étend à droite jusqu'au mamelon et la voussure augmente. Une ponction est faite le 14 septembre dans le quatrième espace, presque immédiatement au-dessous du mamelon gauche : 13 onces de pus sont ainsi évacuées par aspiration. La cavité péricardique est lavée à l'eau phéniquée et il sort encore une once de pus après le lavage. Amélioration immédiate, diminution de l'angoisse et de la cyanose, le pouls cesse d'être paradoxal, le foie a repris sa situation normale, la tension épigastrique a disparu. Pendant deux jours, l'appétit et le sommeil sont excellents; mais

le troisième, les accidents reparaissent et il est évident que le liquide se reproduit.

Le 17 septembre, une nouvelle ponction, avec un plus gros trocart, est pratiquée dans le cinquième espace sur la région mamelonnaire, après incision préalable de la peau. Écoulement difficile d'un pus qui commence à avoir de l'odeur. Lavage de la poche péricardique douloureux et insuffisant : il est manifeste que le pus, grumeleux et épais, ne s'écoule pas. On se décide à ouvrir largement le péricarde après chloroformisation, en se servant de la canule comme conducteur du bistouri boutonné. Une quantité considérable de pus, près de trois quarts de litre, s'échappe par l'incision, au grand soulagement du malade. Le péricarde est lavé avec une solution phéniquée à 1/40e et un large tube à drainage placé aux angles de la plaie précordiale. Pansement antiseptique.

A partir de ce jour, amélioration considérable, disparition de la dyspnée, mais tendance aux lipothymies, qui est combattue à l'aide de boissons alcooliques. Lavage quotidien de la cavité péricardique avec une solution phéniquée au 1/40 à travers le tube qui reste à demeure. La sécrétion purulente, d'abord excessive, diminue graduellement en même temps que s'atténue la voussure et la matité. Le 1er octobre, la plaie ne donne presque plus de pus ; le 14, le tube est enlevé, et le 20, la plaie est complètement guérie. Le malade quitte l'hôpital un mois après, très bien portant, mais présentant une augmentation notable de la matité cardiaque, et une accentuation du deuxième bruit pulmonaire.

A propos de ce fait, l'auteur étudie la paracentèse du péricarde et publie une statistique portant sur 80 cas intéressants à consulter (la plupart de ces cas ont été déjà publiés par Hindenlang et par Rendu). Les conclusions de ce travail statistique sont les suivantes :

La paracentèse du péricarde est une excellente opération, moins dangereuse qu'on ne l'a dit.

Le lieu d'élection pour la ponction, dans les cas ordinaires, est le cinquième espace intercostal gauche, à un pouce du bord sternal (nous croyons qu'il convient de faire quelques réserves à cet égard).

Quand la présence du pus est constatée, l'incision est préférable à la ponction : elle se fait comme dans l'opération de l'empyème, et le sac péricardique doit être lavé, drainé et pansé antiseptiquement. L'empyème en pareil cas a de grandes chances pour réussir, car les parois de la cavité ont plus de tendance à se rapprocher que celles de la plèvre. H. R.

III. — Histoire d'un enfant de 9 ans, qui, à la suite d'une chute sur l'épaule, a un abcès sous-deltoïdien.

Presque immédiatement on constate une pleuro-pneumonie de la base gauche. L'abcès scapulaire ouvert, des signes de fièvre hectique se déclarent, incomplètement atténués par le drainage : l'enfant a des sueurs profuses, de la dyspnée et un pouls paradoxal. La matité de la poitrine à gauche est accrue ; on diagnostique une pleurésie purulente.

La pleurotomie est faite dans le cinquième espace intercostal gauche, sur la ligne axillaire, et ne ramène aucune goutte de liquide ; mais en introduisant le doigt dans la plaie, on sent bomber une poche tendue qui est le péricarde rempli de pus. L'incision donne issue à un demi-litre de pus et soulage le malade. Mais bientôt des signes d'abcès de la cuisse et de pleurésie droite se déclarent et le malade succombe.

A l'autopsie, guérison presque complète de la plaie de l'épaule et de la péricardite qui commence à s'organiser, mais décollement de la hanche et de la cuisse par le pus. La pleurésie droite est très abondante et formée de li-

quide séreux non purulent. C'est là un bel exemple de pyohémie localisée aux séreuses et au tissu cellulaire, car il n'y avait pas d'infarctus métastatiques dans les viscères. H. R.

IV. — L'auteur considère que la péricardite est presque toujours une lésion secondaire. Zenker, en 1879, avait mentionné l'influence de l'adénite trachéo-bronchique dans la production de la péricardite, fait déjà signalé par Baréty en 1874, qui regardait ces lésions ganglionnaires comme tuberculeuses. L'auteur cite un cas de Zahn, dans lequel un ganglion s'était vidé à la fois dans le péricarde et dans l'œsophage, et une observation d'Eternod, dans laquelle un ganglion mélanique avait perforé le péricarde ; les fausses membranes de cette séreuse contenaient du pigment. Il rapporte ensuite une observation détaillée. La ponction du péricarde fut faite, on retira un litre de pus épais, contenant des bacilles ; un ganglion caséeux s'était ouvert dans le péricarde. Dans une seconde observation le liquide péricardique était séro-purulent et ne contenait pas de bacilles, il n'y avait pas de perforation de la séreuse, et les ganglions voisins contenaient peu de bacilles. Les ganglions, dont l'altération donne surtout lieu aux lésions du péricarde, sont ceux que Baréty a appelés ganglions sous-bronchiques. P. GALLOIS.

V. — Jeune fille de 20 ans, entrée pour un rhumatisme articulaire, dans le cours duquel se développent successivement une pleurésie fibrineuse et une péricardite.

Devant l'imminence d'accidents mortels tenant à cette dernière complication, de Cérenville fit une ponction péricardique.

Après évacuation de deux cuillerées à soupe de sérosité jaune foncé, l'aiguille se boucha et on remit une nouvelle ponction à plus tard.

Mais le malade se sentit mieux à l'instant. Le lendemain, la respiration était tombée de 80 à 40 et le pouls était meilleur.

En quelques jours la matité péricardiaque disparut.

Lichtheim a cité à l'auteur deux cas analogues où l'enlèvement d'une quantité minime de liquide amena une résorption rapide d'exsudats considérables.

VI. — Barth a également pratiqué avec succès chez un garçon d'une dizaine d'années, atteint de rhumatisme aigu, la ponction aspiratrice d'un épanchement péricardique qui mettait la vie du malade en péril.

Dans la hâte d'intervenir, Barth fit dans le deuxième espace intercostal, à 3 centimètres du sternum, une première ponction qui ne donna aucun résultat.

Il recommença l'opération avec une aiguille fine dans le troisième espace intercostal, à la même distance du sternum.

Évacuation de 80 à 100 grammes de sérosité procurant un soulagement instantané.

La résorption de l'épanchement se compléta momentanément dans l'espace des quinze jours suivants.

Quatre mois après la ponction, le jeune garçon ne présentait d'autre anomalie cardiaque qu'un peu de soulèvement de la paroi thoracique au niveau de la pointe du cœur, dont le choc était perceptible sur une assez vaste étendue (*R. S. M.* XIX, 554 ; XX, 541 ; XXI, 165 ; XXIII, 493 et 496, et XXIV, 81).

J. B.

VII. — Fille de 16 ans, toussant depuis huit années, mais atteinte depuis dix jours de dyspnée et de palpitations. Jamais elle n'a eu de rhumatisme. — Elle n'est pas encore réglée.

Cyanose, gonflement des extrémités, pouls petit, dépressible (140) T. 38°. Respiration 48. On constate des signes de tuberculose aux deux sommets, de pleurésie droite et d'épanchement péricardique considérable.

L'auteur se décide à intervenir : il enfonce le trocart vers le quatrième espace gauche, à un travers de doigt du bord sternal, et retire avec l'aspirateur 120 grammes de liquide hémorragique. L'effet est instantané, la cyanose disparaît et le pouls se renforce.

Après une amélioration passagère, les phénomènes du début se montrent de nouveau et la mort survient deux semaines après la ponction.

L'autopsie confirme le diagnostic : tuberculose des poumons, des reins, des glandes intestinales, des trois séreuses : péritoine, plèvre droite et péricarde. L. GALLIARD.

VIII. — Griesinger, puis Kussmaul (*R. S. M.*, III, 172), ont indiqué, comme signes de la péricardite compliquée de médiastinite, le pouls manquant à chaque inspiration et le gonflement des veines du cou, plus marqué à l'inspiration coexistant avec l'intégrité des bruits cardiaques.

Mais déjà Traube (*Gesammelte Beitraege*, III, 135); Baümler (*Deutsches Arch. f. klin Med.*, XIV, 455); Bauer (*Ziemssen's Handbuch*, VI, 593); Græffner (*Berliner klin. Wochen.*, 1876, nº 27, p. 386); Halpern (*Thèse, Berlin*, 1877) et Maixner (*R. S. M.*, XV, 543) ont cité des faits montrant que le pouls paradoxal se rencontre dans les épanchements péricardiques un peu considérables, sans lésion concomitante du médiastin.

L'observation de Bœhr est un nouvel exemple de cet ordre.

A l'autopsie d'un homme de 37 ans, qui présentait les trois symptômes regardés comme pathognomoniques de la médiastino-péricardite calleuse, on trouva seulement un épanchement péricardique de 1,200 grammes, avec épaississement corné du tissu sous-séreux au niveau de la réflexion du péricarde à la base du cœur. Ces indurations calleuses englobaient tous les gros vaisseaux et avaient même rétréci leur calibre, mais le médiastin lui-même n'offrait aucune altération (*R. S. M.*, X, 115 et 545; XI, 134; XII, 527.) J. B.

IX. — Friedreich a donné le collapsus veineux diastolique comme un symptôme qui présenterait à peu près autant de valeur que le retrait diastolique de la pointe pour le diagnostic de la symphyse du péricarde. D'après Friedreich, au moment même où se fait le retrait de la pointe, il se produit un affaissement marqué surtout pour les veines jugulaires. Voici l'explication que Friedreich donnait de ce phénomène : la paroi thoracique précordiale subissant un retrait au moment de la diastole, le diaphragme se trouve abaissé. Comme il adhère au cœur, cet organe se trouve lui-même abaissé, il en résulte que les veines de la base se trouvent tiraillées en bas, et comme, en même temps, les ventricules et les oreillettes se dilatent, l'écoulement du sang des jugulaires vers le cœur se trouve beaucoup accéléré; de là une sorte d'aspiration dans ces veines et le collapsus brusque qu'elles subissent.

Dans une récente observation, la présence de ce phénomène avait amené Riegel à diagnostiquer une symphyse péricardique, et il s'est trouvé précisément qu'il n'existait à l'autopsie aucune espèce d'adhérence du péricarde. On a trouvé une persistance du trou de Botal, qui peut expliquer son apparition.

Les parois de l'oreillette droite se trouvaient affaiblies par l'existence de thromboses évidemment anciennes; au contraire, les parois de l'oreillette gauche étaient hypertrophiées. Pendant la systole, le sang devait se trouver soumis à une forte pression dans le côté gauche du cœur et dans l'oreillette droite, puisque le sang pouvait refluer librement de

l'oreillette gauche dans l'oreillette droite. Au contraire, au moment de la diastole, cette pression tombait tout à coup; de là l'affaissement brusque des veines jugulaires.

Ce collapsus peut se trouver encore dans l'insuffisance tricuspidienne, ainsi que le démontre un autre cas consigné dans le même travail.

ALBERT MATHIEU.

I. — Diseases of the heart and thoracic aorta, par Byrom BRAMWELL (*Edimbourg, in-8° de* 780 *p.*, 1884).

II. — Lecciones teorico-practicas acerca de las enfermedades del corazon, par ESPINA Y CAPO (**1er volume.** *Madrid*, 1883).

III. — Seltene Erkrankungen des Circulations-apparats, par Richard SCHULZ (*Deutsch. Arch. für klinische Medic. XXXV, Heft* 5, *p.* 458).

IV. — Malignant endocarditis, par Sidney COUPLAND (*Brit. med. journ.*, *p.* 593, *mars* 1885).

V. — La ligne du cœur, par LUTON (*Union médic. du Nord-Est*, *mars* 1884).

VI. — Del rumore di gemito nei vizii valvolare del cuore, par CAPOZZI (*Rivista clinica e terap.*, *août* 1883).

VII. — Ueber Distanzgeräusche bei Herzklappenfehlern, par W. LUBLINSKI (*Zeitsch. für klin. Medic.*, *Band VII*, *p.* 523, 1884).

VIII. — De la variabilité des signes d'auscultation du rétrécissement mitral, par Antonio BARRERA (*Thèse de Paris*, 1883).

IX. — Note sur le poids du cœur dans quelques cas de lésions rénales consécutives au cancer de l'utérus, par Ch. FÉRÉ et L. QUERMONNE (*Progrès médical*, *p.* 625, 1884).

X. — Des manifestations cardiaques dans le cours de la maladie de Bright, par P. LONGBOIS (*Thèse de Paris*, 1882).

XI. — De l'hypertrophie cardiaque résultant de la croissance, par G. SÉE (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 26 *janvier* 1885, *et Semaine médicale*, *p.* 3, *janvier* 1885).

XII. — Cardiopathies de la ménopause, par E. CLÉMENT (*Lyon médical*, 3 *août* 1884).

I. — Le livre de Bramwell sur les maladies du cœur est, avec celui d'Hayden, le traité le plus complet que possède l'Angleterre sur la matière. Cet ouvrage est fait spécialement en vue de l'enseignement : il se distingue par une grande précision dans l'exposition, et une méthode parfaite. Il a peut-être le tort, pour les médecins au courant de l'état de la science, de trop négliger le point de vue théorique et de passer sous silence certaines questions litigieuses ; on peut lui reprocher également de laisser dans l'ombre la plupart des travaux récemment publiés en France et en Allemagne, pour ne citer presque que les auteurs anglais ou américains; mais, ces réserves faites, on ne peut méconnaître que les sujets traités dans cet ouvrage ne soient remarquablement exposés et ne portent le cachet des recherches consciencieuses de leur auteur. Ce qui donne surtout à ce livre un caractère spécial et qui en fait une œuvre hors ligne, c'est la profusion des gravures magnifiquement lithographiées,

d'après des photographies de pièces anatomiques afférentes aux différents types des maladies du cœur, ainsi que les dessins histologiques reproduisant les processus inflammatoires et dégénératifs des valvules et du myocarde. Il n'existe pas en France, ni même en Allemagne, croyons-nous, de livre reproduisant avec ce luxe d'impression et de chromo-lithographies les détails des lésions cardiaques. Il est inutile d'insister sur les nombreux avantages de pareilles illustrations, qui mieux que la meilleure des descriptions donnent une idée exacte des désordres produits par la maladie, et substituent des notions vraies à des tableaux schématiques.

L'ouvrage débute par un résumé exact et bien fait de l'anatomie et de la physiologie du cœur, surtout envisagée au point de vue de son innervation; puis l'auteur aborde la pathologie générale cardiaque. Ce chapitre, un peu écourté, est cependant intéressant à lire, en ce qu'il met bien en relief que tantôt l'affection matérielle du cœur constitue toute la maladie, tandis que dans d'autres circonstances elle n'est qu'un élément secondaire d'un état plus général. Comme Stokes, Bramwell fait jouer le rôle prépondérant à l'énergie du muscle cardiaque et de son innervation, montrant que la lésion matérielle est relativement moins importante.

Le chapitre le plus complet et le plus développé est celui qui a trait aux moyens cliniques d'investigation des maladies du cœur : c'est un excellent manuel de séméiotique, où sont admirablement analysés les bruits du cœur, les modifications de timbre, de rythme et les souffles. La discussion des théories des souffles inorganiques mérite une mention particulière, car elle s'écarte beaucoup des opinions courantes en France. (Voir *R. S. M.*, XXIII, 496, les résumés des idées de Balfour et de Russell à cet égard.) Nous avons été étonné de n'y trouver aucune mention des souffles extra-cardiaques, non plus que des travaux de Potain sur les dédoublements physiologiques et pathologiques des bruits du cœur.

Les leçons qui, suivant nous, ont le plus de valeur sont celles que l'auteur consacre à la péricardite et à ses variétés, ainsi qu'à la myocardite. A l'exemple de Kussmaul, Bramwell regarde le pouls paradoxal comme symptomatique de la péricardite calleuse, alors qu'il se rencontre aussi souvent, sinon plus, dans les épanchements du péricarde. Le chapitre consacré à l'endocardite aiguë, à l'endocardite ulcéreuse et aux anévrismes valvulaires est un des bons de l'ouvrage, et présente des spécimens très remarquables de ces lésions.

Les hypertrophies du cœur sans altération valvulaire sont traitées spécialement, mais d'une façon trop sommaire : une grosse lacune consiste à avoir négligé complètement l'histoire des cardiopathies d'origine gastro-hépatique, sujet bien connu en France et qui paraît être absolument ignoré de l'auteur anglais. De même, les troubles fonctionnels du cœur, tels que palpitation, arythmie, sont esquissés légèrement : l'angine de poitrine et le goitre exophtalmique ne tiennent que quelques pages. Par contre, l'histoire de l'athérome et des anévrismes est traitée complètement et d'une façon très clinique. Les tableaux schématiques que présente l'auteur, à propos de chaque diagnostic différentiel, sont remarquablement précis. En somme, malgré des lacunes inévitables, c'est là un livre de valeur qui mérite d'être lu et consulté avec fruit. H. R.

II.— Ces leçons, professées à l'hôpital général de Madrid, constituent un véritable traité complet des maladies du cœur. Après avoir étudié

l'anatomie et la physiologie de cet organe, l'auteur passe en revue successivement toutes ses affections, les maladies fonctionnelles, les névroses, la péricardite, la myocardite, l'hypertrophie, l'atrophie du cœur, les endocardites. C'est un ouvrage didactique, en somme, rédigé suivant un plan très clair et dont l'intelligence est encore facilitée par de nombreux tracés sphygmographiques et par des tableaux synoptiques qui résument chaque leçon. L'auteur a intercalé dans le texte un certain nombre d'observations empruntées les unes aux auteurs, les autres à sa pratique personnelle. A. BALZER.

III. — Relation d'un cas d'endocardite infectieuse à symptômes typhoïdes, survenue chez une femme récemment accouchée et encore sous l'influence puerpérale. Il n'existait pas de souffle au cœur pendant la vie : cependant l'autopsie montra la présence de plaques fibrineuses sur l'endocarde et les valvules ; tous les viscères, surtout la rate, étaient congestionnés comme dans les maladies septiques. H. R.

IV. — Une enfant de 15 ans, chétive et strumeuse, est admise à l'hôpital de Middlesex en octobre 1880 pour une récidive de rhumatisme. On lui trouve à cette date un souffle au cœur, mais tous les accidents disparaissent bientôt.

Trois ans plus tard, elle rentre (novembre 1883) à l'hôpital avec des palpitations, de la douleur précordiale, de l'œdème des jambes. On constate du frémissement cataire et un souffle systolique à la pointe. Cette crise d'endocardite est traversée par un accident grave, une hématémèse considérable.

Nouvelles poussées d'asystolie à deux reprises différentes en mai et en novembre 1884. A cette dernière date, outre les signes d'hypertrophie cardiaque mentionnés, la malade présentait une fièvre continue, irrégulière, à type rémittent : la rate était volumineuse et douloureuse.

Le 5 janvier, survient un gonflement douloureux de l'oreille gauche, puis de l'oreille droite, avec décoloration des téguments. Trois jours plus tard, éruption pétéchiale sur les joues, albumine dans l'urine : en même temps la température devient plus élevée (101°,4). Tous ces symptômes paraissent se dissiper, mais le 17 janvier une nouvelle poussée de taches purpuriques envahit la face et les narines : le cœur redevient tumultueux et la rate est énorme. 15 jours après, attaque d'apoplexie finale.

A l'autopsie, cœur volumineux et dilaté, végétations fibrineuses sur la valvule tricuspide. Oreillette gauche dilatée, sa face interne est ulcérée au voisinage de l'embouchure de la veine pulmonaire gauche. L'orifice mitral est épaissi, dur, infundibuliforme, hérissé de nombreuses végétations. Hypertrophie et dilatation du ventricule gauche. Foie et poumon congestionnés. Rate farcie d'infarctus à divers degrés d'évolution, ainsi que les reins, qui étaient énormes. L'hémisphère gauche est rempli par un volumineux caillot.

Ce fait est intéressant, en ce que les végétations furent trouvées formées en majeure partie de colonies de micrococci. L'auteur en conclut que l'endocardite ancienne avait joué le rôle d'une cause prédisposante, mais il fait remarquer avec raison que cela ne prouve pas que le cœur ait été le point de départ de l'infection mycosique. Les valvules malades ont plutôt retenu au passage les micrococci qui pullulaient dans le sang. H. R.

V. — Luton a cherché un moyen de préciser les mensurations du cœur. Il obtient ce qu'il appelle la ligne du cœur comme suit. Étant reconnue la pointe (P) il trace deux lignes, l'une horizontale, l'autre verticale PX, PY. Dans l'angle droit, il trace la bissectrice et marque le point B où la ligne BP rencontre le bord gauche du sternum ; BP représente la ligne du cœur, donne la hauteur du ventricule gauche, et B correspond

à l'orifice aortique. La ligne BP prolongée aboutit à l'extrémité externe de la clavicule droite ; de sorte que pratiquement il suffit de mener une ligne de la pointe du cœur à l'article acromio-claviculaire droit, en notant le point B sur le sternum pour avoir la ligne du cœur. Cette ligne varie avec l'âge, avec maintes circonstances physiologiques ou pathologiques. H. L.

VI. — Ce que Capozzi appelle le bruit de gémissement est en réalité le bruit de piaulement. Dans deux cas l'auteur l'a entendu à la pointe et au premier temps, dans trois autres cas il se percevait à la base et au second temps. On a perdu les traces d'un des malades; mais les autres sont morts à l'hôpital. On a trouvé comme lésion constante une perforation des valvules soit mitrales, soit aortiques; c'étaient de petits trous arrondis ou ovales avec bords épais et résistants et siégeant vers le milieu de la valvule ou plus près de son extrémité libre. Dans un dernier cas, les valvules aortiques n'étaient à proprement parler ni perforées ni insuffisantes ; mais les bords contigus de deux de ces valvules étaient rétractés au voisinage de leur point d'insertion, de telle sorte qu'en se rapprochant pour se fermer ils laissaient une petite ouverture elliptique de la grosseur d'une lentille et par laquelle le sang refluait dans le ventricule.

Cette singulière coïncidence entre le bruit de piaulement et ce genre de lésions n'est probablement pas accidentelle. Maintenant que l'attention est appelée sur ce sujet, il est très probable qu'elle sera rencontrée par d'autres auteurs. BAZILE FÉRIS.

VII. — Lublinski étudie les souffles qui se produisent dans le cœur, l'aorte, l'artère pulmonaire, et sont perçus non seulement par les divers modes d'auscultation, mais aussi à une certaine distance du malade. Il rapporte deux faits observés chez des sujets atteints l'un d'insuffisance aortique, l'autre d'insuffisance et de rétrécissement aortique.

Le mécanisme ne serait pas le même dans tous les cas, tantôt il s'agirait d'une hypertrophie considérable du cœur augmentant la force de l'organe, tantôt une valvule déchirée formerait un voile vibrant donnant lieu à des bruits intenses pouvant être perçus à distance.

M. DEBOVE.

VIII. — L'auteur a réuni une série d'observations dans lesquelles la lésion mitrale était loin de s'accuser par les signes classiques. Les phénomènes d'auscultation peuvent être absolument muets dans certains cas: ailleurs, on n'entend que le souffle présystolique ou le roulement diastolique. Le dédoublement du second bruit est peut-être le signe le plus constant, il accompagne presque nécessairement les deux autres.

Les signes d'auscultation peuvent changer, non seulement d'un malade à l'autre, mais chez le même malade du jour au lendemain, suivant le degré d'énergie contractile du cœur. Dans l'asystolie, les souffles et même le dédoublement du 2e bruit disparaissent : le repos, la digitale et parfois le bromure de potassium les font reparaître. Quand le cœur est agité, c'est le souffle présystolique qu'on entend de préférence : quand il est calme, c'est le murmure diastolique. La cause de l'apparition du souffle présystolique réside dans la réplétion insuffisante du ventricule, ce qui favorise une contraction auriculaire énergique.

Les rétrécissements très serrés se traduiraient, d'après l'auteur, par

la prépondérance du bruit présystolique : le souffle diastolique se montrerait plutôt dans les cas contraires. H. R.

IX. — Contrairement à l'opinion soutenue par Artaud (*Revue de méd.*, p. 915, 1883), Féré n'admet pas la fréquence de l'hypertrophie du cœur dans le cours du cancer de l'utérus. Il a relevé toutes les autopsies de cancer utérin compliqué d'hydronéphrose du service de la Salpêtrière de 1881 à 1883, et est arrivé aux résultats suivants.

Sur 36 autopsies, la moyenne des pesées du cœur a été de 229 grammes, chiffre sensiblement équivalent au poids normal du cœur chez la femme (220 à 230 grammes d'après Blot). En analysant le détail de ces pesées, on trouve que 15 cœurs seulement sur 36 pèsent plus de 230 grammes, et 6 atteignent 300 grammes, tandis que 18 sont au-dessous de 220, et 10 au-dessous de 200. Donc, le plus souvent le cœur des femmes atteintes de cancer utérin est un cœur maigre comme celui des cancéreux en général. H. R.

X. — L'auteur a porté son attention de préférence non pas sur l'hypertrophie du cœur d'origine rénale sans lésion d'orifices, mais sur les lésions orificielles et valvulaires qui existent simultanément dans le cours des affections rénales. Pour lui, cette coïncidence est très commune et reconnaît plusieurs modes pathologiques.

1° La sclérose diffuse simultanée des reins et du cœur (myocardite et endocardite interstitielle coïncidant avec la néphrite interstitielle. Ce sont les faits de Gull et Sutton, réédités par Debove et Letulle) ;

2° Les maladies infectieuses, qui agissent d'une façon nuisible à la fois sur le rein et le cœur, soit par une infection directe et une dégénérescence des parenchymes rénal et cardiaque, soit indirectement, par l'intermédiaire du sang altéré ;

3° Le rhumatisme qui produit simultanément la néphrite et l'endocardite.

Les lésions cardiaques, indépendamment de leur communauté d'origine ou de nature, se développent ou s'aggravent par le fait de l'apparition d'un mal de Bright : il y a là influence réciproque du rein sur le cœur, et l'affection cardiaque ajoute ses symptômes personnels à ceux de l'intoxication urémique.

En pratique, le diagnostic de cette association de lésions est aisé, mais il est fort difficile de préciser quel est le point de départ de l'affection. H. R.

XI.—On constate fréquemment chez les jeunes gens de 15 à 20 ans des troubles fonctionnels variés, tels que palpitations violentes, maux de tête continus coexistant avec une augmentation de volume du cœur. C'est qu'en effet si le cœur double de volume de la naissance à la deuxième année, puis double encore de la deuxième à la septième, il reste au contraire à peu près stationnaire de 7 à 15 ans ; c'est alors le corps qui se développe, puis, au moment de l'adolescence, c'est l'inverse qui se produit, l'organe central de la circulation prenant un accroissement rapide de volume. Or, s'il y a, à un moment, perturbation dans la croissance régulière du corps ou dans le développement normal du cœur, on peut voir s'exagérer le poids cardiaque et une véritable hypertrophie se dessiner. Les troubles fonctionnels présentent trois types principaux ; tachy-cardiaque (palpitations qui trop souvent sont rapportées à l'anémie ou au nervosisme), dyspnéique (gêne respiratoire exagérée par tout exercice violent, sans que

l'auscultation révèle rien ni du côté des poumons, ni du côté des orifices du cœur), céphalique (céphalée de croissance décrite par Charcot, Keller, Blache, etc.). Cette hypertrophie peut être traitée sans interrompre en rien l'éducation de ces sujets, et même sans qu'il y ait lieu de leur interdire d'une manière absolue la vie active du service militaire. M. D.

XII. — L'auteur décrit sous ce titre des troubles cardiaques apparaissant chez les femmes à l'époque de la ménopause, sans que rien soit venu déceler auparavant un trouble fonctionnel du cœur. Débutant par des palpitations, dès les premiers dérangements symptomatiques de la ménopause, la maladie se caractérise bientôt par de véritables accès d'asystolie avec angoisse précordiale, dyspnée, sensation de défaillance, presque les signes d'une angine de poitrine. L'examen du cœur ne donne que des signes négatifs, sauf l'extrême fréquence des battements. Ces accès se produisent surtout pendant le sommeil.

L'affection ne semble pas retentir sur le poumon, et ce n'est qu'après plusieurs attaques qu'on voit apparaître de l'œdème des membres inférieurs. Jamais on n'a trouvé d'albumine dans les urines, qui sont toujours émises en quantité assez abondante.

Les troubles circulatoires ne sont pas ceux d'une lésion cardiaque : les téguments sont pâles, mais non cyanosés. On dirait que les vaso-constricteurs sont excités et qu'il y a un spasme général des artérioles.

Cette affection n'a pas une marche continue ; les accès sont séparés par des intervalles où la tranquillité est complète, intervalles d'un ou deux mois, qui deviennent de plus en plus courts, jusqu'à ce que sous l'influence de la cessation des troubles menstruels ou de la médication la guérison survienne.

Il ne s'agit, d'après l'auteur, ni de femmes nerveuses ou hystériques, ni de rhumatisantes ; ce sont des malades indemnes de toute lésion cardiaque chez lesquelles les accidents éclatent à l'occasion de la ménopause.

Quelle est la cause de cette cardiopathie ? Clément admet qu'il s'agit d'un trouble de l'innervation sympathique, d'une excitation des nerfs cardiaques, se traduisant par le spasme vasculaire. L'influence de l'anémie favorise l'accroissement des désordres. La digitale et l'opium amènent une détente rapide des accidents et sont les seuls médicaments auxquels on doive recourir. A. C.

I. — Contribution à l'étude du pouls veineux, par R. TRIPIER (*Lyon médic.*, 19 *octobre* 1884).

II. — Note sur un cas de rétrécissement tricuspidien avec lésions valvulaires complexes du cœur, par A. CHAUFFARD (*Revue de médecine*, *p.* 547, 1884).

III. — Ein Fall von Tricuspidalstenose höchsten Grades, mit multiplen Infarcten in den Lungen, par Ernst COHN (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *Band XXXIV*, *Heft* 3, *p.* 320, 1883).

IV. — Un nuovo caso di endocardia acquisita acuta unilaterale destra, par COLOMIATTI (*Giornale della R. Acad. di med. di Torino*, *septembre* 1882).

V. — Entérite ulcéreuse ayant amené une insuffisance tricuspidienne, par PICOT (*Gaz. hebd. de méd. de Bordeaux*, *n°* 45, *novembre* 1884).

VI. — Ein Fall hochgradigster Stenose des Ostium pulmonalis Arteriæ pulmonalis, par MASCHKA (*Zeitsch. f. Heilk. V, p.* 393, 1885).

VII. — On a case of patent ductus arteriosus, with aneurism of the pulmonary artery, par James FOULIS (*Edinb. med. journ., p.* 17, *juillet* 1884).

VIII. — On a case of obliteration of superior vena cava, par WILKINS (*Lancet,* 12 *mai* 1883).

IX. — Occlusion of the vena cava superior, and a case of the heart tumour, par Arthur MEIGS (*Medical News, p.* 70, *janvier* 1885).

I. — On peut reproduire sur le cadavre, d'une façon très simple, toutes les variations du pouls veineux que l'on observe chez les malades. Il suffit d'injecter par le ventricule droit une certaine quantité d'eau sous une pression déterminée assez faible et de faire varier l'apport du liquide, sa pression, ou même de donner au cadavre diverses positions. On voit que la pulsation devient moins manifeste, soit lorsqu'il y a très peu de liquide dans la veine jugulaire, soit lorsqu'on augmente la pression. La pulsation cesse quand la pression est assez forte pour rendre les veines saillantes.

Ces particularités rendent compte des modifications que l'on obtient dans le pouls veineux, en appuyant le doigt sur le vaisseau, en faisant asseoir ou étendre le malade. On constate que l'augmentation de tension dans les veines n'est pas favorable à la production de ce phénomène; c'est tout simplement ce qui arrive dans certains cas d'insuffisance de la tricuspide où l'on ne voit pas le pouls veineux. Il ne s'agit pas, comme on l'avait soutenu, d'une lésion ou d'un trouble fonctionnel des valvules des veines cervicales, mais d'une simple modification de tension du liquide. A. C.

II. — L'auteur insiste sur quelques particularités de l'histoire du rétrécissement tricuspidien. En première ligne, il signale le souffle rude, râpeux, siégeant au foyer d'auscultation de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, et différant par son timbre de celui de l'insuffisance tricuspidienne. L'absence de pouls veineux est ici presque constante; car la sténose valvulaire, pour peu qu'elle soit intense, forme barrière et empêche la pulsation rétrograde systolique des veines de se manifester. Enfin cette lésion se rencontre beaucoup plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, et il est impossible de ne pas rapprocher immédiatement cette dernière particularité de la prédilection très connue du rétrécissement mitral pur pour le sexe féminin, notamment pendant la vie génitale de la femme. C. GIRAUDEAU.

III. — Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans autrefois atteinte de rhumatisme, chez laquelle on avait diagnostiqué pendant la vie de l'hypertrophie du cœur, de l'insuffisance avec rétrécissement de la valvule mitrale, et de la congestion du foie et de l'albuminurie.

L'auscultation faisait percevoir un souffle présystolique que l'on entendait à la pointe à gauche aussi bien qu'à droite, par conséquent aux deux foyers, mitral et tricuspidien ; un bruit systolique peut-être seulement prolongé de gauche à droite; un renforcement du second bruit pulmonaire ; des tons purs dans les gros vaisseaux.

A l'autopsie on trouva un rétrécissement sous forme de fente très accentué, avec insuffisance de l'orifice mitral ; un rétrécissement prononcé de l'orifice

tricuspide, des traces d'endocardite des sigmoïdes aortiques ; de l'hypertrophie excentrique de l'oreillette gauche et du cœur droit ; de la thrombose des parois des deux oreillettes, et de nombreux infarctus hémorragiques récents des poumons. A. MATHIEU.

IV. — Une femme de 56 ans fut reçue à l'hôpital général de Turin pour une pleuro-pneumonie gauche qui parut évoluer favorablement et présenta une défervescence très franche au neuvième jour. Quinze jours après la convalescence paraissait très avancée, quand la malade fut prise sans cause connue d'un frisson violent qui se répéta les jours suivants à plusieurs reprises ; malgré l'administration répétée du sulfate de quinine ; la toux redevint plus fréquente, et des râles crépitants, avec respiration bronchique, se manifestèrent à la base du poumon droit ; en même temps on percevait un souffle systolique doux à la pointe du cœur, et au niveau du deuxième espace intercostal gauche un bruit rude et râpeux dont l'origine ne put être exactement précisée. La malade succomba dans l'adynamie le vingt-deuxième jour après le début de ces accidents.

A l'autopsie on trouva une pneumonie de la moitié supérieure du poumon gauche en voie de résolution, avec adhérences fibrineuses de la plèvre ; des infarctus hémorragiques récents dans le poumon droit ; un exsudat blanc jaunâtre abondant au niveau des espaces sous-arachnoïdiens de la base du cerveau et dans les ventricules encéphaliques, enfin une endocardite végétante limitée aux valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, lesquelles étaient recouvertes d'un dépôt pultacé blanchâtre, épais et friable, paraissant formé en grande partie de fibrine. — Au microscope on découvrit, aussi bien dans les végétations endocardiques que dans les exsudats pulmonaires et méningés une énorme quantité de micrococcus et de bactéries offrant tous les caractères du monas pulmonale de Klebs : granulations de 0,8 μ de diamètre environ se distinguant des granulations graisseuses par leur réfringence moindre et par leur tendance à se ranger en séries de deux à six éléments ; bâtonnets de la même largeur et d'une longueur six ou huit fois plus grande ; animés les uns et les autres de mouvements oscillatoires assez vifs. Ces microbes, faciles à colorer par le violet de méthyle, occupaient surtout dans l'endocarde les couches superficielles de l'exsudat, celles qui avaient l'apparence fibrineuse ; les couches profondes en étaient beaucoup moins pourvues.

L'auteur croit avoir eu affaire à une infection secondaire du sang par les microbes de la pneumonie, résorbés probablement par la voie veineuse, conformément aux observations de Klebs. H. BARTH.

V. — Un homme de 43 ans, entré à l'hôpital pour une diarrhée continue qui date déjà de deux mois.

Le cœur, ausculté avec soin, est normal.

A la suite d'un traitement lacté et albumineux l'entérite disparaît, et le malade, remis sur pied, quitte l'hôpital au bout de 15 jours.

Un mois après, retour de la diarrhée, qui, avec quelques oscillations, persiste de mars à juin, et à cette dernière époque paraissent de la gêne respiratoire, des étouffements, et de l'œdème des membres inférieurs.

En juillet on constate l'œdème de la moitié inférieure du corps, le pouls veineux jugulaire, de la cyanose, de l'albumine dans les urines, et au cœur, dont la pointe bat dans le cinquième espace intercostal, à deux centimètres en dehors du mamelon, un souffle léger, se renforçant à mesure que l'on se rapproche du bord gauche du sternum, où il atteint son maximum. Une insuffisance tricuspidienne s'était développée depuis quelques mois.

L'autopsie a montré dans l'intestin grêle de nombreuses ulcérations, petites et superficielles, et du côté du cœur une dilatation notable du ventricule droit, la confirmation de l'insuffisance tricuspidienne, sans lésions du cœur gauche. OZENNE.

VI. — H. W, né en 1869. Depuis l'âge de 21 mois, accidents de maladie bleue : cyanose, dyspnée, palpitations, battements des veines du cou qui allèrent toujours en s'accentuant, surtout à la suite d'une coqueluche contractée à l'âge de 6 ans, et d'autres maladies, rougeole, scarlatine, diphtérie. A 16 ans, hémoptysies répétées qui améliorèrent l'état du malade. Albuminurie depuis l'âge de 14 ans. Enfin, au commencement de 1884, troubles de l'intelligence, de la parole, puis diarrhée profuse ; quelques jours après, fièvre vive, délire, convulsions et mort après une longue agonie.

Comme signes stéthoscopiques, on avait noté un souffle systolique au niveau de la base, à peine perceptible au repos, très net à la suite d'efforts ou dans les périodes de dyspnée.

Autopsie. Tuberculose pulmonaire et cérébrale. Rétrécissement très accusé de l'artère pulmonaire, surtout prononcé au niveau de l'orifice, et se prolongeant jusqu'à la division de l'artère. Transposition des vaisseaux, de telle sorte que l'artère pulmonaire se détachait du cœur gauche et l'aorte du cœur droit. Dilatation et hypertrophie du ventricule gauche, atrophie du ventricule droit. Communication des deux oreillettes et des deux ventricules, les premières par le trou ovale largement ouvert, les seconds par une fente de la paroi. Absence complète du conduit de Botal et dilatation des artères bronchiques.

Cette observation présente plusieurs particularités remarquables, notamment la longue survie (15 ans) avec une pareille lésion, et la tuberculisation chez un individu ne présentant aucun antécédent de cet ordre.

L. D. B.

VII. — Une jeune fille de 22 ans vient consulter l'auteur en 1882, pour des palpitations et des symptômes fonctionnels d'anémie (pâleur de la face, décoloration des muqueuses, tendance aux vertiges, etc.). Un souffle doux de la base semble confirmer le diagnostic d'une simple chlorose.

Au bout de quelques semaines d'un traitement ferrugineux et arsenical, elle revient très améliorée quant à son anémie, mais les phénomènes stéthoscopiques se sont aggravés. On entend deux souffles au niveau du deuxième espace intercostal gauche. Le premier, rude et vibrant, est manifestement systolique, et s'accompagne d'un fort choc précordial. Après ce souffle s'entend le claquement des sigmoïdes aortiques, suivi immédiatement d'un souffle plus doux et plus bref.

Il s'agissait donc d'une affection cardiaque d'origine et de nature mal déterminée ; la seule maladie qu'avait faite l'enfant avait été une scarlatine six ans auparavant.

Au sujet du siège de la lésion cardiaque, l'avis de Balfour fut qu'il s'agissait d'un cas de persistance congénitale du canal artériel.

Quelques mois plus tard, l'enfant fut prise de dyspnée et de phénomènes d'asystolie, cyanose, distension des jugulaires, albuminurie, etc. Les signes stéthoscopiques montraient l'invasion d'une péricardite avec un frottement manifeste. La mort arriva quelques jours après.

L'autopsie fut faite avec grand soin, et des aiguilles enfoncées aux points où s'entendaient les souffles, permirent de préciser exactement les rapports du cœur.

Celui-ci est hypertrophié dans toutes ses cavités, l'oreillette droite surtout est distendue au maximum. L'infundibulum de l'artère pulmonaire est excessivement dilaté. L'artère pulmonaire mesure 2 pouces 5/8 jusqu'à sa bifurcation. A ce niveau, le canal artériel persiste et communique largement avec l'aorte. Il est constitué par un tronc vasculaire assez court, présentant un renflement cylindrique au niveau de son abouchement dans l'aorte.

L'artère pulmonaire, très dilatée, l'est irrégulièrement et présente une ampoule anévrismatique formée aux dépens de sa paroi latérale gauche. Ce

sac anévrismal est contenu dans le péricarde, au-devant de l'oreillette gauche; il est rempli de caillots fibrineux anciens, et se continue avec une longue coagulation vermiculaire, jusqu'à la bifurcation des grosses bronches.

Les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire sont malades, atteintes d'endocardite végétante; on y voit une perte de substance formée par l'érosion du bord libre. Ainsi s'explique le second souffle produit par l'insuffisance des valvules pulmonaires.

Les valvules aortique et mitrale sont normales. L'aorte est normale, sauf au point d'abouchement du canal artériel, où les bords de l'orifice sont tomenteux. La lumière du canal est assez large pour y laisser passer une plume d'oie. Une figure bien exécutée fait comprendre cette malformation.

L'auteur discute ensuite la symptomatologie de ce cas, et il arrive à la conclusion que le premier bruit systolique de la base était formé par la superposition : 1° d'un bruit de rétrécissement des sigmoïdes pulmonaires ; 2° du bruit produit par le passage du sang à travers le canal artériel. Le second bruit était dû à la régurgitation du sang à travers le canal artériel, et aussi à travers les valvules sigmoïdes pulmonaires. Il faut lire dans l'original les considérations cliniques très intéressantes qui servent d'arguments pour ce point de diagnostic. H. R.

VIII. — Un homme de 34 ans, en soulevant un lourd fardeau, sentit un craquement dans sa poitrine et fut pris aussitôt d'une violente dyspnée avec une grande faiblesse qui l'obligea de renoncer pour quelque temps à tout travail. Bientôt il se sentit mieux, mais de temps à autre il était repris d'accès de suffocation, avec douleur précordiale irradiée dans le bras gauche. Un an après l'accident il eut une demi-défaillance à la suite de laquelle il cracha un peu de sang, et depuis lors sa respiration devint de plus en plus courte, et il se plaignit d'une sensation de plénitude dans la tête. Lorsqu'il entra à l'hôpital, quatre semaines après l'hémoptysie, on constata une légère tuméfaction avec douleur à la pression sur les côtés du cou, au niveau des grosses veines ; bientôt la face devint œdémateuse et livide. La dyspnée était alors continuelle. Quelques jours plus tard un épanchement de sérosité se forma très rapidement d'abord dans la plèvre gauche, puis dans la plèvre droite ; une ponction amena du soulagement, mais le liquide se reforma aussitôt, et pendant le mois qui suivit il fallut ponctionner tous les deux ou trois jours, tantôt à gauche, plus rarement à droite ; le liquide restait séreux, se teignant parfois seulement d'une petite quantité de sang; la quantité évacuée à chaque ponction variait de 600 grammes à deux litres. La face et les membres supérieurs demeuraient très enflés; il n'y avait ni œdème des jambes, ni ascite, ni albuminurie. Le malade finit par mourir d'asphyxie lente. A l'autopsie on trouva la veine cave supérieure complètement oblitérée, transformée en cordon fibreux. Des caillots plus récents, mais déjà en voie d'organisation, s'étendaient dans les troncs brachio-céphaliques et dans les veines jugulaires internes. H. BARTH.

IX. — Un homme de 72 ans, bien portant jusque-là, éprouve un vertige et tombe dans une rivière. On l'apporte à l'hôpital, et là on constate des troubles circulatoires sérieux : distension des veines sous-cutanées thoraciques et abdominales, surtout du côté droit; souffle présystolique, battements épigastriques ; accroissement de la matité précordiale, qui empiète à droite dans les deux premiers espaces intercostaux : battements des artères carotides et stase veineuse des jugulaires. On lui prescrit de l'iodure de potassium ; mais les vertiges continuant de plus belle, le malade se coupe la gorge et succombe à l'hemorragie produite par la section de la jugulaire.

A l'autopsie, on trouve une dilatation excessive de tout le système veineux

et de l'azygos : le tronc veineux brachio-céphalique est énorme, mais se trouve oblitéré en un point par une sorte de bride fibreuse qui obstrue complètement la lumière du canal.

L'examen du cœur montre un certain degré de rétrécissement mitral, et de plus une lésion inattendue ; c'est une oblitération complète de la veine cave supérieure un peu au-dessus de son abouchement dans l'oreillette droite. La cause de cette oblitération paraissait de nature inflammatoire. L'aorte, rigide et scléreuse, appuyait à ce niveau sur la veine, et était elle-même englobée au sein d'un tissu lardacé qui étreignait tous les vaisseaux et tous les nerfs du médiastin. H. R.

I. — Note on an attempt of suicide by cardiac transfixion (*Edinb. med. journ.*, *p.* 821, *mars* 1884).

II. — Ueber den Einfluss des Fettherzens auf den Puls, par E. Heinrich KISCH (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 132 *et* 153, *mars* 1884).

III. — Traumatische Ruptur des Septum ventriculorum Cordis, par N. ROSENTHAL (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 224, *avril* 1884).

IV. — Spontane Herzruptur, par HERTZ (*Soc. méd. de Hambourg*, 8 *janvier* 1884).

V. — Cases of spontaneous rupture of the heart, par J. Lindsay STEVEN (*Glasgow med. journ.*, *p.* 413, *décembre* 1884).

VI. — Rupture of the heart, par J.-A. MACKENZIE (*Brit. med. journ.*, *février* 1884).

VII. — Mal de Bright, rupture spontanée du cœur, par MÉRIGOT DE TREIGNY (*Progrès médic.*, *p.* 501, 1884. *Soc. anat.*, 7 *décembre* 1883).

VIII. — Ueber die Sclerose der Coronararterien und die davon abhängigen Krankheitzustände, par E. LEYDEN (*Zeitsch. für klin. Med.*, *Band VII*, *p.* 459, 1884).

IX. — Angine de poitrine caractérisée anatomiquement par un rétrécissement considérable des deux artères coronaires à leur origine, sans lésions des plexus cardiaques, par HÉRARD (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2e *série*, *XII*, *p.* 52).

X. — De l'angine de poitrine rhumatismale, par A. MARTINET (*Thèse de Paris*, 1884).

I. — L'auteur anonyme de cette note rapporte le fait suivant :

Une vieille dame, atteinte de lypémanie et ayant déjà fait plusieurs tentatives de suicide, se met au lit un soir. Quelques instants après on la trouve très mal, sans connaissance, pâle, la peau froide, les pupilles dilatées, la tête oscillant machinalement de droite à gauche. Le pouls du côté droit très faible (78 pulsations), à gauche presque imperceptible. Le bras et la jambe gauche étaient inertes, comme paralysés ; il y avait eu des vomissements ; en un mot le cas ressemblait à une attaque d'apoplexie ou d'hémorragie méningée.

L'examen de la région précordiale fit reconnaître l'origine des accidents. Au niveau de la région précordiale on voyait la tête d'une longue épingle à cheveux, de près de quatre pouces de longueur, que la malade s'était enfoncée dans la poitrine. La pointe pénétrait directement dans le cinquième espace intercostal, et traversait évidemment le cœur. Une fois l'épingle enle-

vée, le cœur se remit à battre vigoureusement, le pouls augmenta d'énergie et la connaissance revint graduellement. La paralysie gauche disparut, et il ne resta qu'une vive douleur précordiale et de la dyspnée, qui disparurent à leur tour. Deux jours après, la malade était guérie. H. R.

II. — Kisch, qui pratique la médecine aux eaux de Marienbad, a de nombreuses occasions d'observer la surcharge graisseuse du cœur qui accompagne nécessairement l'obésité. C'est ainsi qu'il a pu prendre les tracés sphygmographiques de 400 personnes atteintes d'embonpoint exagéré.

Relativement à l'influence que la surcharge graisseuse du cœur exerce sur le pouls, il établit 4 groupes parmi les malades qu'il a examinés.

Le 1er groupe, le plus nombreux (145 individus, soit 36 1/4 pour 100 du chiffre total), offre un pouls plus ou moins lent, c'est-à-dire que la ligne d'ascension est moins à pic et le sommet de la courbe moins aigu, les élévations de reflux et d'élasticité dans la ligne de descente, moins sensibles ou même indistinctes. Dans les cas les plus intenses, le pouls devient anacrote, c'est-à-dire que la ligne d'ascension offre des élévations secondaires et que même le sommet de la courbe s'arrondit.

Dans ce groupe formé d'individus de 35 à 50 ans, pesant de 84 à 160 kilos, le sexe féminin prédomine. Les phénomènes morbides sont très variables. Certains malades n'éprouvent qu'une légère gêne respiratoire quand ils montent des escaliers ou se livrent à des mouvements violents. Le pouls est parfois très ralenti. La percussion et l'auscultation du cœur sont négatives.

Une cure énergique de Marienbad, en faisant maigrir le malade, peut ramener son pouls à l'état normal.

Le 2me groupe comprend 128 malades (32 0/0). Ici le pouls présente un dicrotisme plus ou moins accusé. La ligne de descente est déjà très longue avant que se produise l'élévation de reflux, qui est considérablement amplifiée, tandis que les élévations dues à l'élasticité artérielle sont faibles ou manquantes. Les malades sont en partie jeunes et très anémiques ; ce sont surtout des femmes remarquablement obèses, en partie d'âge moyen. Le choc de la pointe est diffus et peu énergique ; le pouls faible, généralement de fréquence un peu accrue. Il existe souvent des signes d'affaiblissement cardiaque et de l'asthme. La respiration est gênée aux moindres efforts, les palpitations sont fréquentes, et parfois il y a de l'anxiété précordiale.

Le 3me groupe embrasse 96 malades (24 0/0), en général âgés de 50 à 60 ans. Chez eux la forme du pouls témoigne d'une augmentation de la tension vasculaire, due à l'artério-sclérose. La ligne d'ascension est escarpée, les premières élévations de l'élasticité beaucoup plus marquées que normalement. Les phénomènes morbides sont toujours intenses, notamment la dyspnée, les accès d'asthme et de vertiges. Le plus souvent le cœur est très hypertrophié ; le pouls est plein ; le 2e bruit aortique quelquefois renforcé.

Enfin le 4me groupe, qui renferme 31 individus (7 3/4 pour 100) en partie jeunes, en partie d'âge moyen, se compose de tous les cas où le rythme du pouls n'est plus régulier. Leur obésité ne leur occasionne que peu de gêne, ce sont les intermittences du pouls qui les incommodent. Lorsque l'arythmie cardiaque est extrême, l'asthme est toujours énorme, particulièrement la nuit, le pouls est à la fois faible et fréquent. J. B.

III. — Homme de 28 ans, tamponné entre deux wagons. Aucune lésion extérieure. Agitation, température subnormale jusqu'à la fin. Pouls inégal, oscillant de 108 à 112. 50 respirations laborieuses, uniquement diaphragmatiques, entrecoupées par des quintes de toux amenant le rejet de sang pur, battu avec de l'air. Extrême sensibilité à la pression du sternum et de la partie supérieure droite du thorax, sans lésion du squelette.

A la région de la pointe, aucun choc appréciable, mais un léger soulèvement au-dessus de la région ventriculaire gauche. Nulle part on ne perçoit les bruits du cœur. Au niveau de l'appendice xyphoïde, souffle systolique aigü, reconnaissable aussi à la main. Urine rare, non albumineuse.

Le 2e jour, le blessé est un peu rétabli du choc traumatique. Toux moins fréquente, expectoration plus rare, mais toujours aussi sanglante ; plus d'un demi litre de sang est ainsi craché dans les 24 heures. La dyspnée est toujours la même.

Le 3e jour, 132 pulsations radiales très faibles, inégales et intermittentes. Le soufle systolique est maintenant perceptible sur toute la région précordiale. Mort le 8e jour.

Autopsie. Épanchement abdominal d'un litre de sérosité jaune. Sternum et côtes intacts. Dans les deux plèvres, surtout à droite, petit épanchement sanguinolent. Le péricarde renferme une cuillerée à thé d'un liquide analogue ; il ne présente aucune lésion.

Au voisinage du sillon circulaire, la face postérieure du cœur est recouverte de nombreuses ecchymoses. Cœur très volumineux. Cavités droites distendues par des caillots. A gauche, les cavités contiennent beaucoup moins de sang et sont contractées. La cloison interventriculaire est perforée dans sa moitié postérieure. La déchirure, de forme semi-lunaire, commence du côté du ventricule droit, à un centimètre et demi au-dessous de l'insertion de la tricuspide, et a 4 centimètres de long, tandis que dans le ventricule gauche elle débute à 3 centimètres au-dessous de l'insertion de la mitrale et se continue sur une longueur de 7 centimètres. Les bords en sont lisses et nets, surtout dans le ventricule gauche. Dans le ventricule droit, l'endocarde du pourtour est un peu déchiqueté et rétracté. Le trou, rempli par un caillot cruorique, admet un doigt et traverse la cloison un peu obliquement. Les ecchymoses de la face externe du cœur correspondent exactement à la rupture de la paroi médiane des ventricules.

Rosenthal se représente ainsi le mécanisme de cette blessure. En vertu de la compression subie par le thorax d'avant en arrière, le cœur a été violemment projeté contre la colonne vertébrale, ce qu'attestent les ecchymoses constatées à sa face postérieure. Au moment de la systole ventriculaire, le sang, ne pouvant s'échapper par les vaisseaux qui avaient été incurvés par le choc, a rompu la cloison qui lui offrait le moins de résistance. En effet, les recherches de Ludwig nous ont appris qu'au moment de la systole cette cloison interventriculaire se distend suivant son diamètre horizontal. J. B.

IV. — Une femme de 84 ans, n'ayant jamais paru atteinte de lésion cardiaque, meurt subitement. A l'autopsie, le péricarde contient 500 grammes de caillots récents qui compriment le cœur. La paroi antérieure du ventricule gauche est déchirée obliquement sur une longueur de 3 centimètres. Tandis que le ventricule est hypertrophié dans son ensemble et que ses parois postérieure et externe mesurent 2 centimètres d'épaisseur, la paroi antérieure, surtout au voisinage de la rupture, est amincie ; elle n'est épaisse que de 5 millimètres. Elle est de plus altérée en ce point ; le myocarde a subi la dégénérescence graisseuse. Cette lésion paraît due au rétrécissement du vaisseau descendant de la coronaire gauche, qui présente un athérome très marqué.

Les artères de la périphérie sont également athéromateuses, et l'aorte, très altérée, offre une dilatation cylindrique de la portion ascendante de la crosse. Telle est la cause de l'hypertrophie cardiaque. L. GALLIARD.

V. — L'auteur rappporte trois observations inédites de rupture spontanée du cœur, et en discute la pathogénie. D'une manière générale, l'influence causale de la dégénération graisseuse du cœur n'est nullement prouvée. A part les cas d'anévrisme pariétal du cœur, la rupture spontanée du myocarde semble le plus souvent associée à des obstructions plus ou moins complètes des artères coronaires ; d'après Quain, sur 28 cas, 10 cas d'obstruction coronaire, l'état de ces artères n'étant pas indiqué dans les autres observations ; dans les bulletins de la Société pathologique de Londres, sur 20 cas, les coronaires sont altérées ou obturées 13 fois ; saines, 1 fois.

Les artères coronaires, comme l'ont montré Hyrtl et Cohnheim, sont des artères terminales ; l'obstruction d'une de leurs branches produit un foyer nécrobiotique, un infarctus, ou une dégénération locale de la fibre myocardique, suivant que l'arrêt circulatoire a été plus ou moins rapide. Tel était le cas dans les observations rapportées par Lindsay Steven, qui en tire les conclusions suivantes. L'athéromasie des artères coronaires amène plutôt la dégénération fibreuse du cœur que sa dégénération graisseuse. Quand, en pareil cas, il y a rupture spontanée d'un ventricule, le fait s'expliqne par une lésion récente surajoutée, telle qu'un infarctus cardiaque ou une nécrobiose aigüe. A. CHAUFFARD.

VI. — Dans le fait de Mackenzie, il s'agissait d'une mort subite survenue chez un homme de 75 ans au moment où il était à table. Là encore, il y avait une large plaque jaune de ramollissement au niveau de la paroi antérieure du ventricule gauche, correspondant à un degré très avancé d'athérome de l'artère coronaire. H. R.

VII. — Observation d'une malade qui arrive à l'hôpital avec un état mal caractérisé, puis au bout de quelques jours, éprouve tous les signes d'une congestion pulmonaire d'allure pneumonique : on constate alors un bruit de galop cardiaque et de l'albuminurie. Elle meurt subitement en faisant un mouvement brusque.

L'autopsie montre une sclérose rénale. Le cœur en rupture au niveau de la paroi antéro-inférieure du ventricule gauche. Les valvules sont saines. A la naissance de l'artère coronaire gauche existe une plaque d'athérome ; d'autres plaques se voient sur le trajet de l'artère, mais sans oblitération de ses rameaux terminaux. Le tissu du cœur présente des lésions de péri-artérite et de sclérose, avec dégénération graisseuse des fibres musculaires. H. R.

VIII. — Leyden étudie dans son mémoire les lésions anatomiques qui accompagnent la sclérose des artères coronaires et les syndromes cliniques qui les traduisent.

Au point de vue anatomique, il faut distinguer quatre formes principales :

1° La sclérose de l'ossification des artères coronaires sans autre altération du cœur. L'absence de lésions de la substance cardiaque s'explique par ce fait, que malgré leurs lésions les artères avaient un calibre normal. Il s'agit alors de trouvailles d'autopsies qui n'ont donné lieu à aucun phénomène clinique.

2° Le ramollissement ou l'infarctus hémorragique de la substance musculaire du cœur peut être le résultat d'une thrombose des artères

coronaires sclérosées, spécialement de l'artère coronaire gauche. La portion malade du ventricule peut se ramollir ou subir la dégénération graisseuse et donner lieu à une rupture du cœur.

3° La dégénération fibreuse du cœur ou myocardite fibreuse, procède du ramollissement aigu, en ce sens que les foyers de ramollissement, donnent lieu à une néoformation cicatricielle. Ces lésions donnent lieu à des anévrismes du cœur.

4° Dans une forme mixte qui est peut-être la plus fréquente, les lésions se sont produites à diverses époques si bien qu'à côté des foyers récents de ramollissement, on observe des cicatrices indiquant un processus ancien.

Au point de vue clinique, Leyden divise les cas de sclérose coronaire en aigus, subaigus et chroniques; il cite un certain nombre d'observations, les analyse, puis reprend et décrit les principaux symptômes observés.

Le symptôme le plus important est l'angine de poitrine, mais elle peut s'observer dans des affections qui n'ont rien de commun avec la sclérose coronaire, et, d'un autre côté, elle peut manquer dans la sclérose coronaire, surtout dans les cas chroniques, tandis qu'elle existe presque toujours dans les cas aigus graves.

Les accès d'asthme appartiennent surtout aux formes chroniques, contrairement à l'angine de poitrine. Ils durent d'un quart d'heure à une demi-heure et sont vraisemblablement liés à des poussées d'œdème pulmonaire.

L'affaiblissement du cœur, caractérisé par une diminution de la force du pouls et les phénomènes de stase, s'observe assez souvent dans des cas chroniques où manquent l'asthme et l'angine de poitrine. Il est lié à l'atrophie du cœur par envahissement du tissu fibreux. Il n'a rien de caractéristique et ne diffère pas de celui observé dans les cas de cœur gras ou de cœur forcé.

Les syncopes ne sont pas rares, comme dans toutes les affections du cœur et parfois, aussi, on constate le pouls lent permanent avec les attaques convulsives qui l'accompagnent.

On peut observer toutes les variations de rythme et de fréquence du pouls et les signes fournis par l'exploration physique du cœur sont peu constants et peu caractéristiques.

La marche de la maladie est ordinairement chronique. La guérison n'est guère possible, mais on peut espérer que les lésions, si elles ne sont pas trop avancées, resteront stationnaires.

Il s'agit d'une maladie de l'âge avancé qui s'observe surtout à partir de cinquante ans; elle s'observe surtout chez les individus du sexe masculin, les alcooliques. M. DEBOVE.

IX. — Il s'agit d'un homme de 57 ans, employé, entré à l'Hôtel-Dieu pour des accès d'angine de poitrine caractéristiques. Ni syphilis, ni alcoolisme, ni arthritisme. Pas d'excès de tabac. A l'auscultation du cœur, on trouvait au premier temps et à la base un souffle rude, perceptible sans diminution d'intensité jusqu'au voisinage de la fourchette sternale. Au deuxième temps, et dans les mêmes limites, il y avait tendance au souffle. A la pointe, les bruits étaient sourds et mal frappés. En outre, le pouls radial était plus faible à gauche qu'à droite. La mort survint subitement deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva le cœur surchargé de graisse. Ventricule gauche très hypertrophié et dilaté. Myocarde un peu anémié. Orifices normaux, sauf l'orifice aortique qui est dilaté. Dilatation de la partie ascendante et de la partie horizontale de la crosse de l'aorte. Diminution du calibre des artères coronaires, à ce point qu'on peut à peine y faire pénétrer un stylet très fin. On constate en même temps que l'orifice de l'artère sous-clavière gauche est très rétréci, ce qui explique la faiblesse du pouls correspondant. Anomalie intéressante consistant dans l'origine commune de la carotide gauche et du tronc brachio-céphalique.

L'examen histologique du plexus cardiaque pratiqué dans le laboratoire de Cornil n'a permis d'y découvrir aucune particularité digne d'être signalée. Il semble donc évident que dans ce cas l'angine de poitrine a eu pour point de départ la lésion des artères coronaires déterminant une ischémie cardiaque avec névralgie consécutive des filets nerveux du cœur. GASTON DECAISNE.

X. — 1° Le rhumatisme aigu peut se localiser sur les nerfs du cœur, indépendamment de toute inflammation du péricarde, de l'endocarde, du myocarde et de l'aorte.

2° Cette localisation se fait suivant le mode hyperémique, et peut dans certains cas aller jusqu'à la phlegmasie. Cliniquement elle se traduit par les symptômes de l'angine de poitrine.

3° Cette variété d'angine de poitrine revêt le plus souvent le type ébauché, qui correspond aux formes légères de la névralgie cardiaque. La terminaison favorable paraît être la règle, et le cœur, une fois la guérison obtenue, revient intégralement à son état normal.

4° Le traitement consiste dans l'emploi des émissions sanguines locales, sangsues, ventouses scarifiées, au-devant de la région préaortique, et l'application consécutive des révulsifs (vésicatoires volants, pointes de feu. Les stimulants diffusibles et les toniques (éther, alcool, extrait de quinquina) seront administrés au moment des accès et dans leur intervalle. H. R.

I. — Contribution à l'étude de l'aortite aiguë, par Ch. BORNÈQUE (*Thèse de Paris*, 1883).

II. — Étude sur l'oblitération de l'aorte abdominale par embolie ou par thrombose, par MEYNARD (*Thèse de Paris*, 1883).

III. — On the occurence of a diastolic murmur of aortic origin apart from aortic incompetency or aneurysm, par James FINLAYSON (*Brit. med. journ.*, *p.* 426, *février* 1885).

IV. — De la valeur de l'absence du pouls radial comme signe diagnostique des anévrismes latents de la crosse de l'aorte, par H. RENDU (*Soc. méd. des hôp. avril* 1885).

V. — Un caso d'aneurisma della pariete posteriore dell'arco dell'aorte, par LAGANA (*Il movimento*, *fasc I*, 1884).

VI. — Anévrisme de l'aorte abdominale causant la gangrène des deux membres inférieurs, par H. MORRIS (*Brit. med. journ.*, *p.* 783, *avril* 1885).

VII. — Anévrisme de l'aorte abdominale, par Richard SCHULZ (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, *Band XXXV*, *Heft* 5, *p.* 458).

I. — Ce travail se recommande par un certain nombre d'observations inédites bien prises, accompagnées d'examen histologique de l'aorte

enflammée. Il ressort de ces études microscopiques que dès le début de l'aortite, on trouve dans toute l'épaisseur des parois de l'artère une injection vasculaire considérable, une prolifération de néo-vaisseaux, et en même temps une infiltration de noyaux embryonnaires qui dissocient et altèrent les fibres élastiques.

Un point clinique particulièrement étudié dans ce travail, ce sont les poussées d'aortite aiguë qui surviennent dans le cours d'un athérome chronique, et qui donnent une physionomie spéciale à la maladie. L'auteur publie des observations d'insuffisance aortique ancienne traversées par des crises d'angine de poitrine, d'angoisse respiratoire et de douleur rétrosternale, avec battements tumultueux de la crosse de l'aorte. Cette symptomatologie reproduit, dans ses grandes lignes, la description si bien tracée par Léger dans sa thèse sur l'aortite (1876). H. R.

II. — Il s'agit d'une femme âgée de 30 ans, qui, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu de moyenne intensité sans complication cardiaque *apparente*, fut prise de douleurs lombaires avec fourmillements dans les membres inférieurs. Peu à peu apparut de l'impotence fonctionnelle qui se transforma au bout de quarante-huit heures en une paraplégie complète des membres inférieurs. Comme les battements artériels étaient supprimés dans les deux membres inférieurs et qu'en déprimant les parois peu épaisses de l'abdomen on ne percevait aucun battement dans l'aorte abdominale, M. Potain rapporta la paraplégie à une oblitération de cette artère, consécutive sans doute à une endocardite restée méconnue. Les jours suivants les deux membres inférieurs furent frappés de gangrène, surtout au niveau des pieds; une diarrhée incoercible s'établit, la malade eut de l'hématurie, elle alla en s'affaiblissant rapidement et succomba le neuvième jour après l'apparition des accidents d'oblitération artérielle.

A l'autopsie on constata au niveau de la bifurcation de l'aorte abdominale la présence d'un caillot fibrineux se prolongeant sur une étendue de 3 centimètres environ dans l'iliaque droite et de 1 centimètre dans l'iliaque gauche. Pas de coagulations dans les artères des membres.

Dans le cœur on trouva la valve postérieure de la valvule mitrale perforée sur une étendue de 5 millimètres environ, et un caillot fibrineux ancien adhérant à cette perforation ainsi qu'à l'endocarde de la face postérieure de l'oreillette gauche.

A propos de ce cas, Meynard étudie avec beaucoup de soin la symptomatologie des accidents d'oblitération aortique. Travail intéressant, bon à consulter. C. GIRAUDEAU.

III. — L'auteur rapporte deux observations de malades ayant présenté pendant leur vie un souffle diastolique à la base du cœur, sans que ce signe correspondît à un anévrisme de l'aorte ou à une insuffisance aortique. Dans les deux cas, il s'agissait d'une aorte athéromateuse et dilatée, mais dont les valvules sigmoïdes étaient parfaitement saines. Le premier malade était un marin, atteint de néphrite interstitielle, de calcul du rein et d'angine de poitrine; le second malade avait également de l'angine de poitrine avec tous les signes d'une affection cardiaque confirmée.

L'auteur discute les opinions des principaux auteurs anglais sur la question, et montre que Bellingham est à peu près le seul à avoir formulé nettement la réalité de ces souffles diastoliques sans insuffisance mitrale. Le fait clinique est accepté et bien connu de la plupart des médecins français. H. R.

IV.—L'auteur relève dans cette observation, d'abord l'absence de tout antécédent pathologique appréciable, ensuite l'intégrité absolue de la mo-

tilité et de la sensibilité du membre, malgré l'oblitération de la sous-clavière. Il discute le diagnostic différentiel des oblitérations artérielles dues à l'athérome ou à la présence d'un caillot, et conclut que, dans ce dernier cas, il n'y a presque jamais de souffle rude à l'auscultation de l'aorte, tandis que c'est la règle dans le cas contraire. Il cherche enfin à établir quelle influence respective ont eu l'une sur l'autre la dilatation anévrismale de l'aorte et la symphyse cardiaque.

Un homme de 60 ans, cocher, est pris, après avoir été mouillé, d'une enflure générale et rapide du corps et d'un essoufflement progressif. A son entrée, quelques jours après, on le trouva très cachectisé, anémié, en proie à une vive dyspnée. Il existe de la congestion pulmonaire aux deux bases avec un léger épanchement pleural à gauche. La matité du cœur est augmentée et on entend des bruits de frottement péricardique. Les claquements valvulaires sont normaux. Le pouls radial droit est régulier, petit; le pouls radial gauche fait absolument défaut, et pourtant on sent son cordon dur, inégal ; l'absence de battements se constate jusque dans la sous-clavière et la carotide gauches. Il n'existe cependant aucun trouble apparent dans la circulation du membre supérieur gauche. L'examen de la région aortique est négatif. Rendu crut à une simple plaque d'athérome oblitérant l'orifice des deux artères.

Le malade mourut au bout de trois semaines.

A l'autopsie on trouva de la pleuro-pneumonie; les lésions d'une symphyse cardiaque ancienne, avec trousseaux fibreux ; les parois du cœur dégénérées, granuleuses ; le cœur dans son entier, manifestement atrophié, les valvules saines. Toute l'aorte, depuis son origine jusqu'au milieu de sa portion thoracique descendante, était transformée en une double ampoule anévrismale, étranglée au milieu par une bride; la première ampoule s'arrêtait au delà du tronc brachio-céphalique, elle était sphérique; la seconde, fusiforme, allait peu à peu en diminuant; les deux poches communiquaient largement ; la première ne contenait que des caillots cruoriques noirs organiques; la seconde était tapissée de caillots fibrineux, lamelliformes, stratifiés, épais de plusieurs centimètres; la lumière était presque oblitérée; l'orifice des carotide et sous-clavière gauches était masqué par les caillots; celui de la carotide était réduit à un mince pertuis athéromateux ; la sous-clavière était obstruée par un ancien caillot organisé, adhérent ; dans la première ampoule les orifices vasculaires étaient libres. H. L.

V. — Homme de 53 ans, présentant un souffle diastolique léger qui, partant de l'articulation sterno-claviculaire gauche, s'étendait jusqu'à la quatrième articulation chondro-costale gauche; pas d'altération du pouls; pas de pulsations des jugulaires. Mais le larynx était soulevé par des secousses rythmiques légères, provenant non des vaisseaux du cou, mais d'une impulsion partant du thorax. Paralysie de la corde vocale gauche par compression. On diagnostiqua un anévrisme de la paroi postérieure de la crosse; le malade succomba au bout de trois mois à une rupture de la trachée.

L'auteur conclut que la pulsation trachéale a une grande valeur diagnostique, surtout quand elle s'accompagne de phénomènes portant sur le récurrent, ce qui est l'ordinaire en pareil cas. Ces pulsations laryngo-trachéales ont été étudiées déjà par Cardarelli. Dans le cas actuel, il n'y avait pas de dysphagie, l'œsophage plus mobile et plus souple échappant assez facilement à la compression. F. BALZER.

VI. — Un charpentier vigoureux, nullement malade en apparence, éprouve tout à coup, en faisant un effort, une vive douleur dans les jambes, accompagnée d'un affaiblissement rapide : une véritable paraplégie se déclare. Deux jours après, coloration violacée de la jambe

droite et gangrène progressive du pied ; mêmes lésions, moins accentuées à gauche, et sans gangrène. Amputation de la cuisse. Mort le huitième jour.

A l'autopsie, anévrisme de l'aorte abdominale à son trajet diaphragmatique, de la grosseur d'une orange, érosion des vertèbres lombaires. Oblitération des iliaques à leur bifurcation. Athérome généralisé.

Dix-huit ans auparavant, le malade avait eu la syphilis. H. R.

VII. — Un homme de 40 ans éprouve des douleurs dans les jambes, dans le thorax et à la région épigastrique. Il a beaucoup maigri, beaucoup perdu ses forces. Saillie notable de l'hypochondre gauche, matité absolue à ce niveau en arrière jusqu'à la colonne vertébrale. Pas de pulsation; cependant la région tout entière présente un soulèvement synchrone aux battements du cœur. Pas de souffle. Mort après des syncopes répétées.

A l'autopsie on trouva un anévrisme de l'aorte abdominale du volume du poing d'un enfant, rompu. Toute la moitié gauche de la cavité abdominale était remplie par une énorme masse de caillots sanguins. Une communication s'était faite avec la plèvre gauche qui était remplie de sang. A. M.

I. — Artérite aiguë généralisée rhumatismale, par LEGROUX (*Bull. Soc. méd. hôp.*, 5 *novembre* 1884).

II. — Note sur deux cas d'artérite, par BRUNON (*Arch. gén. de méd.*, *juillet* 1884).

I. — Une jeune fille de 22 ans est prise, au commencement de juillet, d'une attaque de rhumatisme subaigu ; le 15 août elle ressent soudain un engourdissement pénible dans le membre supérieur gauche, suivi bientôt de douleurs aiguës et d'impotence fonctionnelle. On constate dès lors la disparition du pouls dans l'humérale, et l'algidité du bras; bientôt la fièvre revient, en même temps que s'accusent des troubles cardiaques, dyspnée, palpitations, souffle à la pointe, puis le long de la crosse de l'aorte. On prescrivit alors de l'iodure de potassium et des injections de morphine.

Quelques semaines après, la jeune fille présentait encore des douleurs atroces dans le bras gauche, quelques douleurs articulaires, de la fièvre, des bruits de souffle violent, à la pointe comme à la base du cœur; un bruit aortique intense le long du rachis jusqu'au bas des côtes, un bruit de souffle dans la sous-clavière gauche; une dilatation de l'artère axillaire du volume d'une prune, douloureuse, des mouvements d'expansion, et produisant un bruit de souffle rude; au-dessous de l'anévrisme, l'artère humérale forme un cordon dur, fibreux, gros comme un crayon, sans aucun battement. Le bras est pâle, flasque, sans mouvement, froid, mais sans la moindre trace de gangrène; la sensibilité est abolie dans les deux tiers inférieurs, les douleurs spontanées sont rapportées au bout des doigts. Il existe un épanchement pleurétique à droite. Le traitement institué dès le début fut le sulfate de quinine, puis les toniques; après l'accident du bras, l'immobilisation du membre, la digitale. L'anévrisme fut combattu par la glace en application permanente dans un sachet de caoutchouc; les douleurs furent calmées pendant quelque temps, le

volume de la poche diminua, ainsi que l'intensité de ses battements et du bruit de souffle.

L'auteur admet l'existence d'un rhumatisme aigu, d'une endocardite avec artérite se généralisant, d'un anévrisme consécutif à l'obstruction de l'artère humérale. H. L.

II. — L'auteur a observé, dans le service de Vulpian, deux cas d'artérite de la fémorale. Le premier, survenu au 12e jour d'une pneumonie à forme typhoïde, est ainsi résumé : douleur très vive spontanée sur le trajet de l'artère fémorale, s'exagérant considérablement dans la station debout ; cyanose envahissant tout le membre, mais diminuant d'intensité de l'extrémité vers la racine ; diminution dans l'amplitude du pouls du côté malade ; marche aiguë tout d'abord, puis amendement graduel et guérison. Il s'agit dans le second cas d'une scléro-athéromasie artérielle généralisée, évoluant à l'état subaigu dans les membres inférieurs et produisant dans le membre inférieur gauche une diminution notable du calibre des artères. Indépendamment de la faiblesse des pulsations de la tibiale postérieure gauche, on constatait, comme symptômes, de la cyanose et des douleurs dans la position debout, des douleurs à la pression sur le trajet des artères, une diminution relative de la température du côté gauche. P. M.

De la dégénérescence calcaire du cœur, par A. ROBIN (*Gaz. médic. de Paris*, 21 *mars* 1885).

Vieillard de 85 ans, entré à l'infirmerie pour des étourdissements, est pris d'hémiplégie droite sans perte de connaissance et succombe quatre jours après ; durant les derniers jours on constate une augmentation du volume du cœur, une impulsion faible et des battements très sourds et très irréguliers. L'autopsie montre, en dehors des lésions cérébrales qui avaient amené la mort (ramollissement protubérantiel) un cœur gros et chargé de graisse. Les valvules sont saines ; toute la paroi interventriculaire gauche est occupée par un revêtement uniforme de 3 millimètres d'épaisseur, qui se prolonge jusqu'à la pointe du cœur où existe un caillot très ancien. Les artères coronaires, complètement calcifiées, ne permettent que l'introduction d'un fin stylet. L'aorte est fortement athéromateuse.

L'examen histologique révèle sur les piliers une sclérose diffuse, mais discrète, cantonnée au niveau des artérioles, dont la lumière est en partie obstruée par l'endartérite. Tout autour de ces points, les fibres musculaires sont étouffées et remplacées par du tissu fibreux adulte. Ces îlots sont parsemés de granulations, fines, réfringentes, solubles dans l'acide chlorhydrique.

Sur la paroi interventriculaire, on note une endopériartérite oblitérante totale, la calcification de la paroi des artérioles, et l'infiltration calcaire de la totalité des couches de l'endocarde. OZENNE.

I. — De l'actinomycose, par BOSTROEM (*Berliner klinische Wochens.*, n° 1, *p.* 14, 15 *janvier* 1885).

II. — Demonstration von Actinomyces in Schweinefleisch, par O. ISRAEL et par VIRCHOW (*Idem*, n° 12, *p.* 189, 24 *mars* 1884).

III. — Actinomycose simulant une pelvipéritonite suppurée, par LANDAU (*Idem*, n° 14, *p.* 220, 7 *avril* 1884).

IV. — Actinomycose simulant la morve, par O. ISRAEL et KOEHLER (*Idem*, n° 23, *p.* 360 *et* 363, 9 *juin*, *et* n° 26, *p.* 415, 30 *juin* 1884).

I. — Bostroem trouve que la connaissance de l'actinomycose n'a pas

fait de progrès marqués depuis les premiers travaux de James Israel. Les expériences d'inoculation ne lui paraissent pas décisives. Ses propres recherches lui ont montré que, dans les jeunes granulations du cryptogame, le mycélium est beaucoup plus étendu qu'on ne paraît l'avoir cru jusqu'à présent. Ce mycélium diminue au fur et à mesure du développement, à la périphérie des granulations, des éléments brillants, disposés en massue et caractéristiques de l'actinomycète. Dans les granulations plus anciennes, on ne voit plus du tout que des éléments en massue et bientôt il y a crétification.

Le tissu ambiant présente des modifications correspondantes. Autour des granulations riches en mycélium, on trouve toujours du pus ou des masses granuleuses en voie de régression; autour des éléments en massues, du tissu de granulations proliférant ou du tissu conjonctif adulte.

Donc les tumeurs que produit parfois l'actinomycète n'ont rien de spécifique, comme le croyait Ponfick.

Pour Bostroem, les éléments en massue sont des formes d'involution.

II. — En cultivant l'actinomycète sur des sols artificiels, O. Israel a été frappé d'une particularité insolite chez les parasites végétaux, à savoir son extraordinaire délicatesse et son peu de résistance aux influences extérieures. Ni l'eau pure, ni une solution salée à 5/10es 0/0, ne peuvent assurer la conservation de sa forme originelle. Le fait est important, car dorénavant il vaudra mieux examiner les produits suspects d'être envahis par l'actinomycète à l'état frais, sans l'addition d'aucun liquide. C'est cette précaution qui, à l'abattoir de Berlin, a permis à Duncker d'établir la véritable nature de granulations calcaires, rencontrées parfois dans la viande de porc et que Virchow avait déjà signalées dans son travail sur les trichines, avec les kystes desquelles on les a souvent confondues, bien qu'elles soient un peu plus grosses que ceux-ci. Ces concrétions, qui sont en réalité formées par des actinomycètes, atteignent 1^{mm},5, ou même 2 millimètres de diamètre et constituent des corps blancs, très durs, facilement énucléables. Un autre caractère qui les distingue des trichines c'est qu'on les observe dans le myocarde comme dans les autres muscles.

III. — Une femme était depuis longtemps soignée pour une affection du bassin qui avait été diagnostiquée successivement, une paramétrite suppurée ou abcès pelvien simple, ensuite un sarcome. Mais comme ni l'un ni l'autre de ces diagnostics ne paraissait satisfaisant, on en vint à soupçonner une actinomycose dont le microscope confirma l'existence. Les trajets fistuleux donnaient chaque jour issue à de nombreux corpuscules ressemblant à des graines de persil et se desséchant rapidement pour former des croûtelles auxquelles on n'attachait depuis longtemps aucune signification.

IV. — Femme de 31 ans, entrée pour une tumeur sternale datant de quelques mois et qu'on prit d'abord pour un sarcome. Mais bientôt se développèrent sur tous les points du corps une série d'abcès, en moyenne gros comme des noix ; par confluence, quelques-uns atteignaient les dimensions du poing. A leur niveau, la peau était rouge bleuâtre, puis s'ulcérait. L'une de ces tumeurs, ayant le volume d'une pomme, se montra dans le pharynx, occasionnant des phénomènes d'asphyxie avant de s'ouvrir spontanément. Un certain nombre d'abcès furent incisés, mais aucun ne guérit. On crut alors avoir affaire à un cas de morve et ce nouveau diagnostic sembla confirmé par l'examen micros-

copique du pus fait à l'Office sanitaire impérial de Berlin. Mais bien que les bacilles constatés eussent paru identiques à ceux de la morve, les inoculations restèrent infructueuses et bientôt les cultures montrèrent qu'il s'agissait d'actinomycètes. La fièvre, irrégulière, était très peu considérable; en revanche, le pouls restait toujours à 150.

Après 2 mois de séjour à la Charité, la malade succomba brusquement dans le collapsus, au sortir d'un bain. Son corps était couvert de tumeurs et d'ulcérations ressemblant à des gommes.

Le pus des abcès, de couleur jaune un peu verdâtre, avait une odeur fade, légèrement aigrelette et présentait à l'œil nu de petits points verts.

A l'autopsie, on reconnut que les abcès siégeaient surtout dans les tissus sous-cutané et intermusculaire, mais aussi dans les muscles et le périoste. Il y avait également des foyers d'ostéomyélite. Des 3e et 4e cartilages costaux dénudés, partaient, à travers les muscles intercostaux, deux trajets fistuleux conduisant directement dans le péricarde. Symphyse cardiaque absolue. Dans les fausses membranes péricardiques, nombreux abcès minuscules remplis du pus caractéristique de l'actinomycète. Le myocarde, dans le ventricule droit surtout, offrait aussi un grand nombre de petits amas du cryptogame. Les poumons étaient indemnes, à part une pleurésie sèche, très localisée, du côté droit et un épanchement fibrineux dans la plèvre gauche, sans trace de champignons dans le liquide.

Les lésions des viscères abdominaux étaient beaucoup plus intenses. La rate, considérablement hypertrophiée, contenait des foyers du parasite, variant d'un grain de mil à une cerise. La substance corticale des reins offrait des lésions analogues. Dans le foie, les abcès causés par l'actinomycète étaient plus petits. Les intestins présentaient des altérations autres et différentes suivant les points. Au niveau du rectum, c'était de la diphtérie avec amas d'actinomycètes dans les couches profondes. Ces lésions diminuaient en remontant et cessaient dans le côlon transverse. Dans l'intestin grêle, au contraire, les altérations, d'une autre nature, allaient en s'aggravant à mesure qu'on se rapprochait du duodénum. Il s'agissait d'abord de foyers, de la grosseur de pois, paraissant bleu verdâtre à l'éclairage artificiel, et bleu rougeâtre au jour; puis, de petits abcès dans la couche sous-muqueuse; enfin de quelques ulcérations. L'estomac était indemne. Le cerveau, en revanche, contenait de nombreux foyers semblables, soit à la face interne de la dure-mère, soit dans l'épaisseur de la pie-mère et de la substance cérébrale où ils étaient plus clairsemés et moins volumineux que dans le cervelet; protubérance et bulbe intacts.

Au-dessous des ongles, ulcérations et abcès analogues; de même dans les muscles du cou et de la mâchoire.

Pour Köhler, la voie d'entrée a été les molaires supérieures gauches cariées.

O. Israel a fait, dans ce cas, la même remarque qui l'avait frappé lors de ses recherches sur l'actinomycète de la chair du porc. C'est que les éléments en massue ne résistaient pas à l'action de divers réactifs : acides sulfurique, nitrique, acétique, liqueurs alcalines caustiques; en revanche ils étaient plus rebelles à l'action de la glycérine et de l'acide chlorhydrique. L'alcool ne les conservait qu'en partie et qu'autant qu'on renonçait à les colorier ultérieurement. Les meilleurs liquides conservateurs sont celui de Müller et l'acide osmique au centième. (*R. S. M.;* XX, 60; XXI, 539; XXII, 476.)

J. B.

Ueber die Actinomykose des Bauchfelles und der Baucheingeweide beim Menschen (De l'actinomycose du péritoine et des viscères abdominaux chez l'homme), par ZEMANN (*Wien. med. Jahrb., Heft III, p.* 477, 1883).

L'auteur publie cinq observations d'actinomycose chez l'homme et signale quelques particularités intéressantes.

D'abord au point de vue de l'évolution clinique, il y a quatre cas où la maladie a débuté par de vives douleurs à l'abdomen et a offert le tableau de la péritonite chronique, lente, apyrétique; puis on a vu se former à la paroi abdominale antérieure plusieurs abcès qu'on a incisés ou qui se sont ouverts spontanément à l'extérieur et dans l'intestin. Les grains jaunes caractéristiques n'ont été trouvés dans le pus que chez un seul malade; insuffisamment recherchés dans les autres cas, ils ont échappé au médecin qui n'a pu éviter l'erreur de diagnostic : la péritonite a été considérée comme consécutive à la périmétrite puerpérale, à la pérityphlite, ou comme tuberculeuse.

Le dernier fait se distingue des cas connus par la marche aiguë du processus : il s'agit d'une femme vigoureuse qui eut d'abord de l'inappétence, de la diarrhée et des vomissements, du tympanisme, et surtout une fièvre vive. Pendant un mois ces phénomènes persistèrent, la température variant de 38°,2 à 39°, puis survinrent de l'hyperesthésie, de la raideur du cou; on songea à la méningite. La mort arriva bientôt; la durée totale de la maladie n'avait pas dépassé six semaines.

L'anatomie pathologique des cinq observations est également curieuse. Le parasite s'est localisé dans des organes généralement respectés : l'ovaire, la trompe, la vessie. Il est resté confiné dans l'abdomen, attaquant surtout le péritoine et l'intestin, et n'a fourni qu'une fois des métastases dans le foie et les poumons. Il n'a atteint que dans un cas le squelette.

C'est par l'intestin que paraît s'être effectuée presque constamment la pénétration de l'actinomycose. Le seul cas où l'auteur cherche un autre mode de pénétration est celui qu'il signale pour l'acuité des accidents. Là l'intestin n'offrait aucune lésion, mais les grains existaient dans la trompe seulement : se seraient-ils introduits par les voies de la circulation, ou ne vaut-il pas mieux admettre qu'ils ont progressé par le vagin et l'utérus dans la cavité salpingienne?

Ces faits prouvent la diversité des formes cliniques de l'actinomycose et montrent la difficulté du diagnostic : le processus est tantôt aigu, tantôt chronique; il peut simuler le phlegmon, l'ostéo-périostite, l'inflammation des séreuses et des parenchymes; ses complications sont incalculables. On ne peut reconnaître la maladie que par la découverte des grains caractéristiques. L. GALLIARD.

I. — Les maladies des reins, par BARTELS, avec préface et additions par R. LÉPINE (*In*-8°, *Paris*, 1884).

II. — Pathologie des néphrites subaiguës et chroniques, par CORNIL (*Union méd.*, 23 *avril* 1884).

III. — La néphrite congestive aiguë, infectieuse, par J. RENAUT (*Gaz. méd. de Paris, avril* 1884).

IV. — **Néphrites aiguës infectieuses dans la lymphangite et l'ecthyma; albuminurie dans les lésions de la peau, par AUGAGNEUR** (*Lyon méd., 12 avril* 1885).

V. — **Néphrites artérielles, par LANCEREAUX** (*Union méd., 11 avril* 1885).

VI. — **De la néphrite diffuse, par BOTKINE** (*Jegénéd. klin. Gazeta, n° 9*, 1884).

VII. — **Ueber regulatorische Albuminurie, par Ottomar ROSENBACH** (*Zeit f. klin. Med., Band VIII, p.* 86).

VIII. — **Bright's disease of malarial origin, par L. ATKINSON** (*American journ. of med. sc., juillet* 1884).

IX. — **Étude clinique sur les accidents observés chez les tuberculeux brightiques sans tuberculose rénale, par TORKOMIAN** (*Thèse de Paris*, 1884).

X. — **Insuffisance rénale chez un malade ayant eu une néphrite aiguë et guéri en apparence, par R. LÉPINE** (*Rev. de méd., mars* 1885).

XI. — **De la sensation du doigt mort dans le mal de Bright, par O. SERJER** (*Thèse de Paris*, 1885).

XII. — **Le rein dans ses rapports avec le diabète, par P. INGLESSIS** (*Thèse de Paris*, 1885).

XIII. — **Ueber Endothelveränderungen bei acuter Nephritis, par NAUWERCK** (*Deuts. med. Woch., n°* 10, 1884).

XIV. — **Albumines, albuminuries, peptonurie, par BEUGNIÈS-CORBEAU** (*broch. Paris*, 1885).

XV. — **Notes on albuminuria in health, par G. GRISWOLD** (*New York med. journ., 21 juin* 1884).

XVI. — **Dell'albumina nella saliva e nella bile degli albuminurici, par DESSALES** (*Riv. clin. di Bologna, juin* 1884).

XVII. — **Beiträge zur Lehre von der Urämie, par HORBACZEWSKI** (*Wiener med. Jahrb., Heft 3, p.* 389, 1883).

XVIII. — **De l'accumulation des sels de potasse dans le sérum pendant l'attaque d'éclampsie, par A. d'ESPINE** (*Rev. de méd., 10 septembre* 1884).

I. — La monographie de Bartels sur les maladies des reins est assez généralement connue et appréciée pour qu'il soit inutile d'en donner ici une analyse ; c'est une œuvre classique que tout le monde peut maintenant et doit connaître, depuis qu'une bonne traduction l'a rendue accessible au public médical français. Mais le livre de Bartels n'est déjà plus tout récent, et, dans ces dernières années, les travaux relatifs à la pathologie rénale se sont tellement multipliés que R. Lépine a rendu un service signalé par les notes analytiques et critiques qu'il a jointes au traité du professeur de Kiel. Ces annotations sont au nombre de onze, et portent sur les points suivants : Dosage de l'azote, de l'albumine, dans les urines ; l'albuminurie dite physiologique, que Lépine considère comme possible ; les conditions pathogéniques de l'albuminurie, que l'on peut considérer comme résultant de modifications ou de la membrane filtrante, ou de la dépression sanguine, ou de la composition du sang. Dans ce chapitre, plein d'intérêt et d'actualité, la nature et la valeur des lésions glomérulaires sont longuement étudiées, ainsi que

l'influence de l'augmentation de pression, si controversée depuis les recherches de Rüneberg. Ces recherches paraissent exactes à Lépine au point de vue expérimental, mais la question serait de savoir dans quelle mesure elles sont, chez l'animal vivant, applicables à la pathogénie de l'albuminurie. A l'étude des albuminuries par troubles circulatoires ou lésions nerveuses, succède la question des albuminuries dyscrasiques. L'auteur expose les résultats qu'il a obtenus par l'injection intraveineuse de sérine ou de globuline, c'est-à-dire soit une sérinurie soit une globulinurie. Toute cette étude analytique est du reste, comme le fait remarquer Lépine, un peu schématique, « elle indique seulement quelle a été l'altération princeps ; car une connaissance plus complète du mécanisme de l'albuminurie montre que des troubles circulatoires et des altérations dyscrasiques ne tardent pas à produire des lésions du filtre rénal ».

Signalons encore les notes sur la formation des cylindres dans les urines, sur l'hémoglobinurie, sur l'hydropisie, dans les maladies des reins, sur les signes et la pathogénie de l'urémie, les néphrites infectieuses. Enfin parmi les chapitres les plus importants, il faut citer ceux qui ont trait aux néphrites des maladies générales, aux néphrites aiguës et chroniques, aux causes de l'hypertrophie cardiaque dans le mal de Brigth.

A. CHAUFFARD.

II. — Cornil établit que ces néphrites sont diffuses c'est-à-dire étendues à la portion sécrétoire du rein, qu'elles portent plus ou moins irrégulièrement et à la fois sur les cellules des tubuli contorti et des tubes droits, et qu'elles s'accompagnent d'une diapédèse plus ou moins marquée dans le tissu conjonctif.

Il est difficile de séparer les néphrites subaiguës des chroniques, elles reconnaissent les mêmes causes, froid, alcoolisme, scrofule.

Il est cependant une série spéciale aux chroniques, c'est l'artériosclérose, la goutte et le saturnisme.

La distinction en néphrites parenchymateuses et interstitielles n'est plus acceptable. Dans le gros rein blanc lisse on trouve des lésions fibreuses, des glomérules et de la membrane propre des tubuli ; les lésions des cellules sont, il est vrai, dominantes, mais dans certaines formes de néphrites parenchymateuses anciennes l'atrophie d'un certain nombre de tubes, la formation nouvelle de tissu conjonctif déterminent un état granuleux avec ou sans atrophie du rein ; d'autre part il est rare de ne pas trouver des troubles de l'épithélium dans toute espèce de néphrite interstitielle primitive.

Cornil propose donc de remplacer le mot parenchymateux par diffus, et il appelle systématiques les néphrites dans lesquelles les lésions sont distribuées régulièrement, suivant un système de canaux urinifères ou de vaisseaux sanguins.

Parmi les néphrites diffuses il établit 3 divisions selon la prédominance des lésions : 1° des glomérules ; 2° de l'épithélium ; 3° du tissu conjonctif.

1° Les caractères anatomiques sont les suivants : les reins sont congestionnés, souvent hypertrophiés ; les glomérules quelquefois plus volumineux qu'à l'état normal ; les lésions portent sur l'épithélium et la membrane de la capsule, ou sur le revêtement épithélial des anses glomérulaires, ou sur les deux à la fois.

Il y a prolifération des cellules qui tombent dans la cavité du glomérule, ou compriment les anses vasculaires, et production de couches lamellaires de tissu conjonctif.

2° Le rein est hypertrophié, le plus souvent blanc et lisse ; on trouve toutes les lésions de l'épithélium, état granuleux, exsudat, boules hyalines, etc., plus tard les cellules se remplissent de granulations graisseuses, en même temps il y a épaississement de la membrane hyaline des tubes et une inflammation subaiguë du tissu conjonctif.

3° Le rein est granuleux, tantôt atrophié, tantôt hypertrophié; les granulations sont bordées par des veinules variqueuses, et formées de tubes urinifères volumineux, à cellules granulo-graisseuses; les tubes périphériques sont atrophiés, entourés de tissu conjonctif épaissi ; cette sclérose irrégulière doit être regardée comme secondaire à la néphrite parenchymateuse et proportionnelle à la destruction des cellules épithéliales.

Les néphrites systématiques ou cirrhoses ont une origine glandulaire ou vasculaire.

1° Le type des premières est fourni soit expérimentalement par l'intoxication saturnine, soit cliniquement.

Les tubuli contorti sont en voie d'atrophie par places ; la lésion pour quelques-uns remonte jusqu'aux glomérules.

Les cellules sont atrophiées et il se développe à leur périphérie un tissu fibroïde contenant de petites cellules rondes ; les capsules de Bowman s'appliquent sur les glomérules plus ou moins atrophiés. Les vaisseaux sanguins, intacts au début, peuvent s'altérer tardivement. La néphrite goutteuse peut se caractériser par des lésions analogues.

2° Dans le deuxième type les lésions des cellules succèdent aux altérations des vaisseaux. Le rein adhérent à la capsule est rougeâtre, atrophié, granuleux ; les artérioles de la substance intermédiaire sont béantes, rigides.

Les glomérules sont tous plus ou moins atteints ; leurs anses épaissies, les capillaires oblitérés ; à la fin ils forment un nodule de faisceaux fibreux épais ; la capsule s'applique sur eux, épaissie et fibreuse. La formation du tissu fibreux est au maximum autour des granulations saillantes, les tubes de la granulation restent normaux, ils sont souvent le point de départ des kystes. Les grosses artères sont atteintes d'endartérite, même d'athérome et de périartérite ; ainsi sur la phlébite concomitante, l'entérite peut amener l'oblitération vasculaire.

Dans toutes les néphrites chroniques, diffuses ou systématiques, on peut voir survenir des lésions du cœur. H. L.

III. — L'un des cas observés par l'auteur concerne une femme de 43 ans chez laquelle survient, peut-être après quelques excès alcooliques, une néphrite caractérisée par une fièvre intense, un léger degré d'œdème et l'émission d'urines chargées des éléments du sang et de parasites sphérulaires qui disparaissent lentement.

Chez une autre malade de 24 ans, dont les reins avaient pu devenir des lieux de moindre résistance par le fait d'une fièvre typhoïde antérieure, on voit apparaître, un mois après un accouchement, une angioleucite périaréolaire, une suppuration rapide et bientôt un œdème multiforme, mobile, siégeant aux paupières, à la face, aux membres, se déplaçant d'abord et qui aboutit, dans

l'espace de cinq jours, à une anasarque générale; en même temps l'urine précipitait des flots d'albumine.

M. Renaut estime que dans ce dernier cas, comme dans le premier, il faut invoquer la même cause. Dans tous les deux, c'est l'infection qui doit être accusée et l'on a eu affaire à deux néphrites infectieuses.

L'auteur discute ensuite la place qu'il convient de donner, dans le cadre nosologique, à la détermination rénale, qui a frappé ces deux malades. Après avoir rappelé les modifications subies par l'ancienne classification des néphrites, il fait une comparaison des néphrites secondaires les mieux connues, celle de la fièvre typhoïde et celle de la scarlatine. Dans la première c'est une lésion dégénérative ; dans la seconde c'est une inflammation congestive, et à chacune d'elles appartiennent des symptômes différents.

Or, si l'on examine la marche et la physionomie des accidents qui sont survenus dans les faits actuels, on voit de suite qu'ils reproduisent les traits principaux de la néphrite scarlatineuse. Bien qu'on ne puisse établir une assimilation entière, il n'en faut pas moins reconnaître, suivant M. Renaut, que c'est dans le cadre de ces néphrites congestives, qu'il faut ranger les deux cas infectieux, dont il a été témoin.

OZENNE.

IV. — Les deux premières observations se rapportent à des malades atteints de lymphangite du membre inférieur, consécutive, chez l'un, à l'application d'emplâtres irritants, chez l'autre à des excoriations du pied. Cette inflammation du réseau lymphatique s'accompagna d'albuminurie qui disparut complètement après guérison de l'affection première.

Chez le 3e malade, l'albuminurie se montra dans le cours d'une poussée intense d'ecthyma et disparut également une fois la lésion cutanée guérie.

L'auteur est disposé à voir dans ces néphrites la forme infectieuse décrite par Bouchard. La lymphangite n'aurait été que la première manifestation de l'inoculation septique, allant agir secondairement sur le rein. Voici les conclusions de son travail :

1° L'albuminurie, dans les lésions cutanées ne se montre qu'avec des lésions accompagnées de plaies ou de foyers de suppuration ;

2° L'affection rénale est sous la dépendance directe de l'affection de la peau ;

3° Les symptômes révélant l'état du rein sont ceux de la néphrite aiguë. Ils peuvent être très atténués ou très graves et entraînent assez fréquemment la mort ;

4° Le mécanisme de la néphrite est celui des néphrites infectieuses telles que les a décrites Bouchard ;

5° Il peut se trouver très exceptionnellement des cas dans lesquels une dermatose non suppurée produit de l'albuminurie. L'albuminurie est alors fugace et transitoire et peut s'expliquer par une action réflexe partie de la peau et modifiant la circulation du rein. A. C.

V. — Lancereaux rapporte les observations de trois malades dont l'histoire est fort analogue, ce sont des migraineux hémorroïdaires, sujets à des angines granuleuses et à des trachéites spasmodiques, chauves, atteints d'arthropathies chroniques avec ostéophytes et offrant les signes

d'une endartérite généralisée; artères dures, noueuses, cœur hypertrophié, bruit de galop, polyurie avec poussées d'oligurie et d'albuminurie, et de troubles urémiques. Selon l'auteur, la plupart des athéromateux sont atteints d'arthrites sèches avec déformation des surfaces articulaires, et ostéophytes plus ou moins accusés.

La filiation d'accidents identiques permet d'établir un rapport de cause à effet entre les lésions artérielles et les lésions rénales; cette néphrite interstitielle est la manifestation viscérale, un accident tertiaire de l'herpétisme. La lésion des artères se lie vraisemblablement à un désordre primitif de l'innervation. H. L.

VI. — La néphrite diffuse présente, d'après Botkine, trois variétés principales. Dans la *première*, l'affection des reins se développe insensiblement : la quantité d'urine est suffisante; l'urine contient peu d'albumine et d'éléments morphologiques, son poids spécifique est petit; le malade n'a pas d'œdème, mais il se plaint de troubles du côté du cœur qui se trouve plus ou moins hypertrophié; dans les périodes ultimes de la maladie, par suite d'une compensation insuffisante, apparaît, enfin, l'hydropisie d'origine cardiaque qui commence par les extrémités inférieures. A l'autopsie, on trouve un rein granulé; l'affection porte principalement sur le tissu connectif de l'organe.

Dans la *seconde* variété il est facile de remarquer le début de la maladie, car les phénomènes hydropiques sont ici au premier plan de la symptomatologie clinique. L'urine est en petite quantité, de couleur foncée, trouble et riche en albumine et éléments morphologiques. Les œdèmes et tous les autres symptômes persistent des années entières, avec de légères variations. L'hypertrophie du cœur ne survient pas. Le malade meurt d'hydropisie ou de l'inflammation des séreuses. A l'autopsie, on trouve une néphrite parenchymateuse très accusée, un gros rein « blanc ».

La *troisième* variété est une espèce de transition entre les deux premières. La maladie débute comme dans la néphrite parenchymateuse, mais après un certain temps (quelques années, par exemple) le malade perd sa tendance aux œdèmes et, en général, se porte presque bien pendant un temps assez considérable; la quantité d'urine augmente, l'albuminurie diminue, mais une hypertrophie du cœur se développe. Plus tard l'hydropisie peut apparaître par suite d'un trouble de la compensation du cœur. L'autopsie montre que les reins se trouvent à la période ultime de l'inflammation parenchymateuse, c'est-à-dire à l'état atrophique. Le rein est diminué dans son volume, sa surface est granulée; seulement cette granulation est plus fine que dans l'atrophie granuleuse proprement dite ou première variété. Cette transformation de la néphrite parenchymateuse en atrophie du rein se produit en des espaces de temps très différents : quelquefois en 1 ou 2 ans, d'autres fois en 5 ou 7 ans; il y a même des cas où l'atrophie ne survient pas du tout. La cause de ces différences n'est pas encore bien connue. On l'expliquait avant par la supposition que les processus néphrétiques peuvent être très différents dès leur début; que les formes interstitielle et parenchymateuse sont des entités pathologiques ayant chacune leur propre étiologie et sémiologie. Mais à l'heure qu'il est on pense qu'il n'existe pas de formes pures de néphrite interstitielle ou parenchymateuse; que ces deux processus

se développent simultanément, mais que généralement il y a un des deux qui prédomine. Selon Botkine, la prédominance du processus interstitiel sur le processus parenchymateux, et *vice versâ*, n'est pas une conséquence de l'essence même des altérations morbides, mais dépend plutôt de l'issue de la maladie, et l'issue peut à son tour être déterminée par des causes jusqu'à un certain point accidentelles.

La coïncidence des stades interstitiel et atrophique du processus parenchymateux avec l'hypertrophie du cœur et l'absence de cette dernière dans les cas de « rein blanc » (seconde variété) font supposer, d'après Botkine, que l'hypertrophie du cœur sert à équilibrer la sécrétion urinaire. Cette hypertrophie permet pendant un certain temps aux reins malades de compenser par un surcroît de travail leur insuffisance fonctionnelle; elle est aussi la cause des variétés cliniques et anatomo-pathologiques de la néphrite; elle prolonge la vie du malade et donne aux reins le temps nécessaire pour la transition au stade atrophique *qui serait ainsi la terminaison naturelle de la néphrite diffuse en général.*

L'hyperthrophie du cœur, dans les cas de néphrite, ne serait pas, d'après Botkine, une conséquence de l'affection des reins (comme l'enseignait Traube). Au contraire, Botkine pense que dans les maladies infectieuses le muscle cardiaque et les reins sont affectés en même temps par l'inflammation parenchymateuse; une perte partielle de tissu musculaire avec dilatation consécutive des ventricules forme un obstacle au travail du cœur et amènent l'hypertrophie du ventricule gauche et quelquefois même du ventricule droit. Les cas de néphrite scarlatineuse où l'hypertrophie du cœur apparaît souvent dans les premières semaines de la maladie sont une preuve que cette hypertrophie est loin d'être sous la dépendance exclusive des causes mécaniques (troubles de la circulation rénale). Cependant, dans d'autres cas, l'hypertrophie ne devient manifeste (dans le sens clinique du mot) que quelques années après l'affection des reins.

Pour conclure, Botkine est de l'opinion que la cause des différences dans la terminaison et l'évolution clinique de toutes ces formes de néphrite doit être cherchée dans la différence de réaction au processus néphrétique des autres organes, et surtout du cœur. W. HOLSTEIN.

VII. — Rosenbach croit qu'un grand nombre d'albuminuries sont régulatoires c'est-à-dire qu'elles servent à éliminer du sang des quantités d'albumine qui n'y est pas combinée, et qu'ainsi se trouve réglée, pour ainsi dire, la composition du sang. Le sang peut néanmoins être très pauvre en albumine s'il contient en petite quantité les substances avec lesquelles elle entre en combinaison.

Si l'albuminurie n'est pas un fait normal, c'est que le sang normal contient des matières pour lesquelles l'albumine a plus d'affinité que pour l'épithélium rénal. Aussi nombre d'albuminuries tiennent-elles plus à un trouble de la nutrition qu'à une lésion du rein.

On peut expliquer de la sorte les albuminuries de l'hémoglobinurie, des diarrhées, du diabète, des résorptions purulentes. De même, les albuminuries, dites par stase, ne sont souvent que l'effet d'une oxydation insuffisante des matières albuminoïdes.

L'auteur insiste particulièrement sur l'albuminurie du rein amyloïde, qui peut manquer avec des altérations profondes du rein, et, en tout cas,

n'est pas proportionnelle à ces altérations, elle est l'indice d'un trouble de la nutrition. M. DEBOVE.

VIII. — Le mémoire d'Atkinson contient une bibliographie très complète des travaux parus sur la néphrite paludéenne, plus un certain nombre d'observations personnelles dont voici résumées les conclusions. L'albuminurie transitoire n'est pas rare dans les fièvres palustres, et peut se montrer seulement au moment des accès, ou persister dans leurs intervalles. Dans une proportion de cas variable suivant les localités, le type épidémique qui prévaut ou les conditions individuelles, on peut voir se développer des néphrites accompagnées d'hydropisies et de leurs autres symptômes habituels. Le plus souvent, la néphrite est canaliculaire et diffuse, avec prédominance des lésions autour des glomérules. Le rein contracté peut être le dernier terme, l'aboutissant de la néphrite paludique, il n'en est probablement jamais la forme initiale et pure. La lésion rénale tend, sauf dans les cas invétérés, à la guérison, et s'éteint souvent peu à peu sous l'influence du traitement spécifique de l'impaludisme; en tout cas c'est toujours à cette dernière médication qu'il faut d'abord recourir, avant de s'adresser au traitement habituel du mal de Bright. A. CHAUFFARD.

IX. — L'auteur insiste surtout dans ce travail sur les accidents pulmonaires qui surviennent chez les tuberculeux brightiques comme manifestation de l'urémie. Une dyspnée intense avec inspiration plus courte que l'expiration en général caractériserait ce genre d'accidents. L'auscultation dans ces cas donne peu de renseignements, si ce n'est des signes de congestion aux deux bases.

Lorsque la mort survient, on trouverait presque toujours des lésions de pneumonie au premier ou deuxième degré. Les manifestations gastro-intestinales et cérébro-spinales de l'urémie seraient rares chez les brightiques. C. GIRAUDEAU.

X. — Sous ce titre, Lépine publie l'histoire d'un malade atteint de pleurésie purulente, chez lequel on pratiqua l'empyème, puis à qui l'on réséqua deux côtes. Une perforation pulmonaire se produisit néanmoins sous l'influence de lavages de la plaie faits à l'aide d'une solution de chlorure de zinc; une néphrite hémorragique se déclara. L'albumine disparut cependant au bout de quatre mois environ et le malade pouvait être considéré comme guéri de sa complication rénale, lorsque, à l'occasion d'une nouvelle résection de côtes, de la céphalalgie, des vomissements apparurent ainsi qu'un abaissement assez notable de la température centrale, 36°5. Peu à peu le malade tomba dans le collapsus et mourut au bout de douze jours environ. A l'autopsie on constata une hypertrophie notable des reins, portant surtout sur la zone corticale; l'examen histologique permit d'observer une dilatation énorme de beaucoup de tubes contournés et l'altération de l'épithélium de ces tubes qui est ici tuméfié, là aplati, et partout granuleux. En plusieurs points, notamment sur le trajet des artères, on remarquait des amas d'éléments embryonnaires. Les artérioles paraissaient d'ailleurs saines et les glomérules intacts; dans quelques capillaires on trouvait des grains hématiques. En somme, lésions de néphrite diffuse. C. GIRAUDEAU.

XI. — L'auteur apporte 23 observations à l'appui des opinions de Dieulafoy. Il a rencontré ce phénomène assez fréquemment (1/3 des

cas environ), soit au début, soit dans le cours de la maladie rénale, interstitielle, parenchymateuse ou mixte. C'est un phénomène qui dans certains cas a permis de faire le diagnostic de néphrite ; il aurait donc une certaine importance. Comme pathogénie, l'auteur suppose qu'il se produit un spasme vasculaire, peut-être sous l'influence de l'altération du sang. Ce spasme pourrait dans certains cas être assez prononcé pour déterminer de la gangrène symétrique des extrémités. L'auteur en cite deux observations, l'une de Debove, l'autre de Roques. P. GALLOIS.

XII. — D'après le travail très consciencieux d'Inglessis, les altérations rénales dans le cours du diabète sucré seraient plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. La plus habituelle des lésions observées est l'hypertrophie fonctionnelle des reins, qu'on rencontre surtout pendant la période d'augment ou d'état de la maladie. Cette hypertrophie serait due à la polyurie diabétique ; elle se caractérise à l'œil nu par une augmentation en masse de l'organe, et histologiquement par un accroissement notable des cellules des tubes contournés.

Quant aux lésions de néphrite, elles sont le plus souvent tardives. De toutes les néphrites, ainsi surajoutées, la néphrite parenchymateuse est la plus fréquente. Mais la plupart des observations, où l'on a vu le diabète sucré se compliquer de néphrite, appartiennent à des cas complexes, où l'on peut incriminer d'autres causes, telles que : état constitutionnel du sujet, maladies antérieures ou concomitantes. Mais, même dans ces cas, le diabète n'en a pas moins une réelle influence sur la production et l'évolution de la néphrite. A. CHAUFFARD.

XIII. — L'auteur a examiné les reins d'un sujet de 22 ans, atteint de diphtérie, puis de néphrite aiguë secondaire avec accidents urémiques terminaux.

Les organes étaient volumineux ; la substance corticale tuméfiée présentait un grand nombre de points rouges faciles à voir, correspondant aux glomérules de Malpighi hypertrophiés. C'est sur ces éléments et autour d'eux qu'étaient circonscrites les lésions histologiques : irritation et desquamation de l'épithélium glomérulaire, irritation des capillaires intertubulaires du labyrinthe. Peu de chose dans les épithéliums des canalicules urinifères.

C'était donc une glomérulonéphrite caractéristique. L. GALLIARD.

XIV. — Cette brochure comprend un exposé clair et concis des travaux les plus récents qui ont trait à l'étude des albuminuries. Partant de ce point que le polymorphisme des albuminuries est aujourd'hui un fait acquis à la science, l'auteur passe tour à tour en revue : les recherches récentes d'Esbach sur les deux états (granuleuse ou rétractile, opalescente ou non rétractile) sous lesquels l'albumine se rencontre dans les liquides albuminifères ; les recherches de Maurel sur cette même question ; les théories proposées pour rendre compte de la dyalise de l'albumine à travers le filtre rénal ; les observations et les travaux qui concernent la question des albuminuries transitoires. Dans un chapitre qui se recommande à la lecture des praticiens, l'auteur étudie les différents types définis d'albumines urinaires, telles que les a classées Charcot dans ses leçons sur l'albuminurie ; il donne des détails circonstanciés sur les manipulations nécessaires pour déceler dans l'urine, d'une part la présence de l'albumine, et de l'autre sa nature, pour s'assurer, en d'autres

termes, si l'albumine contenue dans un liquide est représentée par de la globuline, de la sérine ou une peptone.

Dans un dernier chapitre, l'auteur aborde la question du traitement des albuminuries chroniques, en s'inspirant de l'enseignement clinique de Jaccoud. Il envisage successivement la question des indications d'urgence, c'est-à-dire la conduite à tenir en présence des brightiques qui *suffoquent* ou qui *vomissent*, les cas sans urgence, qui sont justiciables du régime. A ce propos il remarque cette formule de Jaccoud, que le régime lacté indéfini met indéfiniment les brightiques au-dessus de tout danger. Mais le régime lacté ne résume pas toutes les prescriptions diététiques qui sont à édicter dans les cas de néphrite. Beugnies-Corbeau rappelle les indications que Senator, de Berlin, a fournies sur cette intéressante question de diététique. Enfin l'auteur fait connaître incidemment le parti qu'on peut tirer de certains médicaments (inhalations d'oxygène, tanniques et styptiques) et de deux auxiliaires puissants du régime : les eaux minérales et l'hivernation dans un climat doux. E. R.

XV. — L'auteur, après un résumé historique assez complet de la question des albuminuries dites physiologiques, rapporte plusieurs cas où, chez des sujets en apparence absolument sains, l'urine devenait albumineuse après un exercice musculaire violent suivi d'un bain froid ou d'une douche. Mais ces faits restent exceptionnels, et chez 24 jeunes gens observés maintes fois dans les conditions précédentes, rien de pareil ne s'est montré. Même résultat négatif chez 17 sujets soumis à l'ingestion du repas d'œufs. Comme d'autre part des néphrites soit subaiguës soit chroniques peuvent évoluer d'une manière absolument latente, et n'être reconnues que par un examen fortuit des urines, ainsi que l'auteur en cite deux cas, il semble vraisemblable que l'albuminurie dite physiologique relève de troubles rénaux trop légers pour produire des symptômes généraux. Un homme qui, après un exercice violent, pisse de l'albumine, peut être comparé à un homme qui, dans les mêmes conditions, crache du sang ; le premier peut échapper au mal de Bright comme le second à la tuberculose, mais ni l'un ni l'autre ne peuvent être considérés comme en pleine santé. A. CHAUFFARD.

XVI. — L'auteur a institué chez de nombreux malades une série d'expériences qui démontrent qu'entre la maladie de Bright chronique et l'élimination de l'albumine par la salive et la bile, il n'existe aucun rapport. Il attribue ces résultats, contraires à ceux qu'a obtenus Semmola, à l'action de la pilocarpine sur les glandes, reconnue par Lorain, A. Robin, Vulpian, Nothnagel. Pour être valables, les expériences de Semmola devraient être faites à l'aide d'un agent non susceptible de modifier par lui-même la composition clinique du liquide sécrété. La salive ne contient pas d'albumine chez les brightiques avant l'injection de pilocarpine, elle en contient après. Le même résultat s'obtient d'ailleurs chez les sujets non brightiques. Ces expériences renversent l'argument principal de Semmola pour établir l'origine hématogène de l'albuminurie brightique.
F. BALZER.

XVII. — Feltz et Ritter ont admis que l'urémie était due à l'accumulation dans le sang des sels inorganiques de l'urine et spécialement des sels de potasse. Astaschewsky s'est rallié à leur théorie.

L'auteur a analysé à ce point de vue le sang de cinq urémiques, trois

femmes atteintes d'éclampsie au début de la grossesse, deux hommes affectés de mal de Bright. Voici ses résultats pour 1000 parties de sang :

Masse des cendres.	8,81	à	9,16
Potasse.	2,03	à	2,10
Soude	2,20	à	2,43

Si l'on compare ces chiffres à ceux que Jarisch donne comme physiologiques :

Masse des cendres.	8,90	à	9,30
Potasse.	2,20	à	2,50
Soude	2,30	à	2,40

on est forcé de reconnaître que la potasse diminue au lieu d'augmenter chez les urémiques. Ce résultat est défavorable à la théorie de Feltz et Ritter. L. GALLIARD.

XVIII. — Mémoire basé sur deux observations, l'une de néphrite scarlatineuse, l'autre de néphrite puerpérale. Dans les deux cas on trouva une notable augmentation des sels de potasse dans le sérum, tandis que le potassium contenu dans le caillot n'était pas en plus grande quantité qu'à l'état normal. L'auteur en profite pour se ranger à l'opinion de Feltz et Ritter qui admettent la *potassiémie* dans l'attaque dite d'urémie.

C. GIRAUDEAU.

I. — Zur Epidemiologie der Diphtherie, par G. KROSZ (*Viertelj. j. ger. Med., XL, p.* 89).

II. — Austreitung der Diphtherie in Alsace-Lorraine, par STEINMETZ. (*Archiv f. œffentl. Gesund. VIII*).

III. — Discussion à la Société de la Suisse romande (*Revue méd. de la Suisse romande, IV, p.* 735).

IV. — Ueber die Aetiologie der Diphtherie, par LŒFFLER (*Berlin. klin. Woch.,* 26 *mai* 1884).

V. — Ueber die Diphtherie, par HEUBNER (*Ibid.,* 8 *septembre* 1884).

VI. — De la broncho-pneumonie dans la diphtérie, par DARIER (*Thèse de Paris,* 1885).

VII. — Klinische Mittheilungen ueber Diphtherie, par HENOCH, et discussion (*Berl. klin. Woch.,* 17 *novembre et* 1er *décembre* 1884).

VIII. — Croup und Diphtherie, par AUFRECHT (*Ibid.,* 22 *octobre* 1884).

IX. — Ein Fall von Ataxie nach Diphtherie, par Paul BERWALD (*Ibid.,* 15 *décembre* 1884).

X. — Ophtalmoplégie externe double à la suite de diphtérie, par UHTHOFF (*Ibid.,* 16 *juin* 1884).

XI. — Zur Lehre von der diphtherischen Lähmungen, par MENDEL, REMAK, BERNHARDT (*Ibid.,* 23 *mars* 1885).

I. — Pendant les trois années 1879 à 1881, Krosz a observé 235 cas de diphtérie avec 33 décès, sur une population rurale du Holstein comptant environ 2,250 habitants. C'est en 1856 que la diphtérie fit sa première apparition, dans le Schleswig-Holstein; depuis lors, elle ne s'y est jamais éteinte.

Sur 11 trachéotomies, Krosz n'a eu qu'une guérison. Il a noté 6 exemples de récidive, dont un mortel, et 2 exemples d'une double récidive.

Chez presque la moitié des malades, il y a eu consécutivement des paralysies ou de l'ataxie, et ces suites ont été plus communes dans les cas de diphtérie légère.

Il y a eu 1 cas d'otite moyenne double, avec perforation des tympans; 1 cas d'ascite sans albuminurie, qui a fini par entraîner la mort de l'enfant dans le marasme, un an plus tard.

Krosz a vu 2 cas d'endocardite qui ont laissé des lésions sur la valvule mitrale. L'un de ces petits malades eut peu après une hémiplégie droite par embolie cérébrale.

L'auteur s'est attaché à faire la part étiologique des influences météorologiques. En acceptant, comme moyenne de la durée d'incubation de la diphtérie, le chiffre de 3 jours, il est arrivé aux résultats suivants :

La direction des vents n'a aucune influence sur l'apparition d'un plus ou moins grand nombre de cas.

Au contraire, l'apparition des cas est favorisée par une température basse ou un abaissement brusque de la température, par une diminution de la pression barométrique et par un temps sec.

II. — Il y a moins de 30 ans, la diphtérie était à peu près inconnue en Alsace-Lorraine ; à l'heure présente, c'est, de toutes les maladies infectieuses, la plus commune. La progression s'accuse d'année en année : en 1877, 18 cantons ou communes ont été envahis ; en 1878, 45; en 1879, 60; en 1880, 93; en 1881, 135. L'augmentation est surtout frappante pour Strasbourg, qui, en 1874, ne comptait que 29 décès diphtéritiques, tandis qu'en 1881, il en eut 202. C'est pendant les deux premiers et les deux derniers mois de l'année que l'épidémie est la plus forte. On n'a pu constater aucune influence climatérique, car la diphtérie sévit aussi bien dans la plaine du Rhin que dans les vallées des Vosges et sur les hauts plateaux de la Lorraine. En beaucoup de localités, il est notoire qu'elle a été introduite par la scarlatine pour la première fois.

III. — A Genève, au XVIIIe siècle et pendant la première moitié du XIXe, il n'y avait pas plus de 12 cas de diphtérie par année. De 1854 à 1873, Duval n'a vu que 20 cas de croup. Mais en 1874, règne une épidémie de croup et depuis lors la maladie est devenue endémique à Genève.

Le premier trachéotomisé de Duval, un enfant de 10 mois, a guéri. D'après son expérience personnelle et celle de ses collègues, Duval pense que les cautérisations fortes servent plutôt à aggraver l'état des malades, tandis que les cautérisations faibles peuvent être utiles.

La trachéotomie réussit mieux en été et en automne. L'eucalyptol lui a donné de bons résultats.

A Berne, ce n'est que depuis 13 ou 14 ans que la diphtérie est devenue fréquente, d'après Girard qui se loue aussi des inhalations d'eucalyptol.

IV. — Lœffler range sous 3 chefs les organismes qu'il a vus : 1° un grand nombre de bactéries et de microcoques, d'espèces les plus diverses; 2° des microcoques en chaînettes qui se retrouvent aussi dans le foie, la rate, le cœur, les reins et les poumons ; 3° des bâtonnets, qui se teignent

facilement, ont une extrémité renflée et massive, et un point sombre à leur intérieur; ce sont les micro-organismes que Klebs a démontrés au Congrès de médecine de l'an dernier à Wiesbaden.

Lœffler a pratiqué des cultures et des inoculations avec les deux derniers groupes d'organismes.

Les inoculations faites avec les cultures des microcoques en chaînettes ont entraîné la mort des animaux. A leur autopsie, il existait dans les viscères des chaînes de microcoques, mais aucune lésion rappelant même de loin la diphtérie humaine. Aussi Lœffler regarde-t-il ces micro-organismes comme une simple complication.

Les inoculations entreprises avec les organismes du troisième groupe, ont donné des résultats plus caractéristiques; pratiquées sous la peau, elles ont fait succomber tous les cobayes, en déterminant des dépôts blanc grisâtre au niveau du point inoculé, une tuméfaction des ganglions et des épanchements hémorragiques dans les plèvres. Dans tous les organes, on apercevait des bâtonnets, mais il fut impossible d'en faire des cultures.

Les inoculations sur la conjonctive, la trachée et la vulve ont donné lieu aux mêmes fausses membranes que les injections sous-cutanées.

Sur 30 individus bien portants, Lœffler n'a retrouvé ces bâtonnets que chez un enfant. Il en conclut qu'ils jouent un certain rôle dans l'étiologie de la diphtérie et que, comme ils végètent à foison sur les fausses membranes, il y a lieu d'enlever celles-ci le plus tôt possible.

Dans la discussion, *Heubner* se défend d'avoir nié l'existence d'un contage animé dans la diphtérie. Seulement les bâtonnets de Lœffler ne sont pas les éléments qu'il a vus lui-même dans les vaisseaux sanguins.

Quant à l'opinion de Lœffler, que les micro-organismes produiraient un poison chimique qui causerait l'infection générale, la clinique élève de sérieuses objections contre elle : en particulier, la discordance fréquente entre l'affection locale et l'infection générale et l'apparition relativement tardive de cette dernière.

Heubner ne regarde pas non plus les inoculations de Lœffler comme pleinement démonstratives; il faudrait pour qu'elles le fussent, une muqueuse intacte. Aussi devrait-on essayer de produire la diphtérie comme la tuberculose par des inhalations.

V. — Heubner a d'abord cherché à produire expérimentalement une affection diphtéritique locale des muqueuses, sur la vessie des lapins (Voy. *R. S. M.*, XXVI, 144).

Dans une deuxième série d'expériences, Heubner s'est efforcé de combiner cette diphtérie locale avec une infection générale. Il a d'abord inoculé le charbon aux lapins qui avaient subi la précédente opération. Il a vu que les bacilles charbonneux se retrouvaient en extrême abondance dans le tissu malade, mais toujours exclusivement à l'intérieur des vaisseaux sanguins et jamais à leur extérieur.

Ensuite les lapins ont été inoculés avec des fausses membranes provenant des amygdales d'un enfant atteint de diphtérie. Il s'est développé chez ces animaux une infection générale, grave, et de nombreux microcoques étaient visibles dans la muqueuse vésicale et à l'intérieur des vaisseaux.

Heubner en conclut que, dans la diphtérie humaine elle-même, le poison infectieux, s'il était de nature bactérienne, doit être aussi cherché de préférence dans les vaisseaux sanguins de la muqueuse affectée. Mais comme jusqu'ici on n'a pas signalé d'une façon certaine l'existence de microcoques à l'intérieur des vaisseaux dans les cas de diphtérie humaine, il en résulte que nous ne connaissons pas encore actuellement le véritable poison diphtéritique et que les microcoques qui se sont montrés actifs dans les expériences d'inoculation ci-dessus, n'appartiennent nullement en propre à la diphtérie, mais sont des organismes septiques provenant de la bouche et qui se sont établis secondairement sur les membranes diphtéritiques.

En terminant, Heubner émet l'avis que la diphtérie humaine est d'abord une infection générale à laquelle vient se joindre plus tard l'affection locale. Aussi les amygdales ne doivent-elles être guère le premier siège de l'infection qu'il faudrait plutôt chercher vraisemblablement dans les poumons. J. B.

VI.— De toutes les complications de la diphtérie, la broncho-pneumonie est la plus fréquente et la plus redoutable. Sa cause principale est le poison diphtéritique lui-même ; cependant il y a certaines causes adjuvantes : ainsi la broncho-pneumonie est plus rare dans le croup d'emblée et se montre plus fréquemment lorsqu'il est accompagné d'angine ; tout ce qui débilite tel que le bas-âge, une mauvaise santé antérieure prédisposent à cette complication ; c'est pourquoi elle accompagne le croup plus souvent avant 4 ans qu'après et se voit plus fréquemment en Angleterre où le rachitisme est plus répandu. La rougeole qui se complique souvent de croup donne aussi souvent lieu à la broncho-pneumonie. Quant à la trachéotomie, l'auteur distingue les cas, où l'opération exécutée assez tôt débarrasse l'enfant, de ceux qui présentent déjà au moment de l'opération quelque lésion pulmonaire ou bronchique ; c'est dans ces derniers cas surtout qu'on voit la broncho-pneumonie se développer après l'opération. Dans tous les cas, l'opération réclame des soins consécutifs, surtout l'emploi de la cravate, l'ablation rapide de la canule pour que la broncho-pneumonie ne se développe pas.

La broncho-pneumonie apparaît de bonne heure dans toute diphtérie grave ; dans le croup elle se montre le plus souvent après l'opération et généralement du deuxième au cinquième jour.

Les formes et les signes de la broncho-pneumonie sont ceux de toute broncho-pneumonie, mais l'auteur insiste sur les signes précurseurs qui doivent faire reconnaître cette complication et il distingue 2 cas : avant l'opération, ce sont surtout les signes généraux et fonctionnels : le teint plombé, l'agitation ou l'assoupissement, la dyspnée et la fièvre qui décèlent cette complication.

Après l'opération, c'est le peu de soulagement qu'en éprouve le malade, la respiration irrégulière, l'accélération du pouls, l'élévation de la température, la diminution de l'expectoration ou bien le teint grisâtre et la fluidification de cette dernière ; le dessèchement de la canule, la toux serratique qui attirent l'attention et bientôt les signes physiques, la matité, les souffles et les râles disséminés qui font reconnaître la broncho-pneumonie.

Cette complication tue rapidement, en 24 heures quelquefois, lors-

qu'elle est précoce ; après l'opération elle évolue plus lentement, elle peut guérir, mais tue le plus souvent.

Au point de vue anatomo-pathologique, la broncho-pneumonie compliquant la diphtérie ressemble macroscopiquement aussi bien que microscopiquement à toute autre broncho-pneumonie; cependant l'auteur a pu remarquer qu'elle se distingue souvent par la prédominance de quelques-unes des lésions élémentaires banales. Ainsi, dans quelques cas, la fibrine, sous forme de tractus ramifiés et anastomosés, remplissait presque à elle seule tout un groupe d'alvéoles ; il y avait des congestions intenses et toujours il y avait de nombreux micro-organismes ; cliniquement, la maladie a été toujours très grave. Dans d'autres cas, on trouvait des petites apoplexies disséminées dans les noyaux pneumoniques.

Enfin, dans presque tous les cas examinés par l'auteur (16 observations), il a trouvé dans les poumons deux sortes de micro-organismes : *a*) des micro-cocci sphériques ou ovalaires souvent disposés en chaînettes ; *b*) des bacilles semblables à ceux que l'on trouve dans tous les produits pseudo-membraneux de la diphtérie ; cependant, tandis qu'il a trouvé presque toujours les micrococci, il n'a trouvé que 6 fois les bacilles et seulement dans des broncho-pneumonies remontant à 2 ou 3 jours seulement. M. SCHACHMANN.

VII. — Henoch rend compte de 319 cas de diphtérie qu'il a observés sur des enfants à la Charité de Berlin, pendant les années 1882 et 1883 ; il en a exclu tous les cas douteux, tous ceux de diphtérie scarlatineuse, enfin tous ceux de croup idiopathique. Les deux tiers (216) des malades étaient âgés de 2 à 6 ans ; 25 n'avaient qu'un an ; 47 avaient 7 ou 8 ans — 208 sur les 319 ont succombé ; la léthalité a été la plus forte dans les trois premières années d'âge ; sur 118 malades, en effet, Henoch n'a compté que 17 guérisons. Cette mortalité si considérable s'explique, d'une part par l'installation défectueuse du service des enfants où les cas de contagion de scarlatine et de rougeole sont communs, d'autre part, par le mauvais état général des petits malades qui étaient tuberculeux.

145 fois l'angine s'est compliquée de croup, et 129 malades ont succombé. Les 174 cas où la diphtérie s'est cantonnée au pharynx ont fourni 79 décès.

138 trachéotomies ont été pratiquées ; 16 seulement (11,5 0/0) suivies de succès. 17 des opérés ont succombé à une scarlatine contractée peu de jours après l'opération. Des 66 trachéotomisés au-dessous de 3 ans, 2 seulement ont guéri. La cause de mort a presque toujours été la bronchite pseudo-membraneuse ou la bronchopneumonie. 3 enfants ont succombé à des convulsions ; quelques-uns à un érysipèle de la plaie ou au collapsus. C'est du 2e au 4e jour après la trachéotomie qu'a eu lieu le plus grand nombre de décès.

En fait d'éruptions concomitantes, Henoch n'a vu que 3 cas d'érythème diffus ou ortié occupant surtout les fesses et le côté extérieur des membres. — L'adénite sous-maxillaire, presque constante, s'est terminée 7 fois par suppuration.

Ni chez le vivant, ni sur le cadavre, Henoch n'a constaté d'endocardite.

L'albuminurie, très commune, n'aggrave le pronostic qu'autant que

le précipité est assez abondant pour former au moins le tiers en hauteur de la colonne d'urine dans le tube à réactif. En ce cas, les malades succombent soit au milieu de phénomènes infectieux, soit, une fois guéris de la diphtérie, à la néphrite. L'œdème est rare et Henoch n'a jamais obtenu de symptômes urémiques. Quant au traitement, Henoch n'a rien obtenu ni du sublimé (en lavages et en injections sous-cutanées), ni de l'arsenic associé au fer, ni de la papayotine.

Senator distingue 3 sortes d'albuminuries dans la diphtérie : 1° l'albuminurie par stase veineuse qui a deux causes : tantôt l'extension de la maladie au larynx et la dyspnée qui en est la conséquence; tantôt à une période plus tardive, la paralysie pneumo-gastrique et l'affaiblissement cardiaque; 2° l'albuminurie des maladies infectieuses liées à la fièvre et où l'urine renferme des cylindres hyalins, mais aucun autre élément indiquant une inflammation des reins; 3° l'albuminurie par néphrite, généralement moins grave que dans la scarlatine, ce qui peut expliquer la rareté de l'anasarque et de l'urémie.

B. Fraenkel a observé un cas de néphrite mortelle pendant la convalescence d'une diphtérie chez un enfant de 6 ans, qui eut de l'anasarque généralisée débutant par les membres inférieurs, et succomba sans symptômes urémiques.

Quant au traitement, il a eu recours aux solutions de pepsine pour détruire les fausses membranes sans irriter la muqueuse, mais il reconnaît que cette médication n'a aucune influence sur l'évolution de la maladie, car elle n'empêche ni l'envahissement des voies respiratoires ni l'apparition de l'intoxication septique.

En l'absence de tout agent médicamenteux capable d'enrayer la diphtérie, il faut : 1° se borner à un traitement des symptômes généraux, combattre la fièvre par la quinine, soutenir les forces ; 2° dans le choix des médications locales, éviter soigneusement celles capables de faire saigner ou d'irriter mécaniquement ou chimiquement la muqueuse. D'après Fraenkel, on n'a même pas le droit de troubler le repos des malades pour leur faire faire toutes les 5 ou 10 minutes des badigeonnages ou des inhalations, puisque nous ne possédons aucune substance apte à détruire le micro-organisme diphtéritique.

Patschkowski préconise la glace intus et extra, mais il faut que la bouche des malades renferme sans interruption des morceaux de glace, la nuit comme le jour. La vessie de glace appliquée autour du cou doit remonter jusqu'aux oreilles, de façon à embrasser la région sous-maxillaire.

Jaschkowitz parmi les suites de la diphtérie, a noté deux fois une sialorrhée qui a duré 3 semaines et coexistait avec les paralysies.

P. Guttmann reste partisan du traitement local. Il s'appuie sur 165 autopsies pour établir que la diphtérie s'étend toujours de proche en proche, dans les voies aériennes. Tous les efforts doivent donc être dirigés contre les fausses membranes pharyngées. Malheureusement jusqu'ici nous ne possédons aucune substance propre à les détruire.

La papayotine à 4 0/0 n'a donné aucun résultat à Guttmann ; même *in vitro*, il lui faut 6 jours pour désagréger une pseudo-membrane diphtéritique.

Il a essayé également l'essence de térébenthine à la dose quoti-

dienne de 1 ou 2 cuillerées à café sans en obtenir de succès bien positifs.

Virchow maintient l'existence du croup non diphtéritique, après avoir établi, il y a plus de 30 ans, celle du croup diphtéritique qui était alors contestée ; aujourd'hui on est tombé dans l'extrême opposé. Les membranes fibrineuses qui se forment dans la trachée ne se retrouvent que très exceptionnellement dans la diphtérie pharyngée. Les membranes de l'angine diphtéritique sont le résultat d'une mortification superficielle, et à l'inverse des fausses membranes fibrineuses, elles ne se détachent jamais sans ulcération de la muqueuse.

Un foyer diphtéritique, quelque petit qu'il soit, est rempli de granulation que Virchow prit à l'origine pour une sorte d'exsudation, mais dont il est disposé maintenant à admettre la nature parasitaire. Quoique jusqu'ici on n'ait pas réussi à en faire des cultures, il est très facile de les inoculer. Or on ne retrouve jamais ces granulations dans le croup idiopathique, fibrineux. Virchow ne conteste pas d'ailleurs que lorsque le processus diphtéritique reste tout à fait superficiel, il ne puisse s'accompagner d'une exsudation fibrineuse. Mais dès qu'il s'étend un peu en profondeur, les vaisseaux étant oblitérés, il ne peut plus y avoir d'exsudat.

La connaissance de la différence de structure des deux espèces de productions membraneuses n'est pas indifférente au point de vue thérapeutique. En effet, les granulations des membranes diphtéritiques résistent aux agents qui digèrent les membranes fibrineuses. Or, dans le pharynx, ce sont des fausses membranes diphtéritiques qu'on rencontre, dans l'impuissance du traitement local ; dans la trachée, d'autre part, les fausses membranes fibrineuses sont inaccessibles.

Kuester déclare avoir observé à la suite de la diphtérie, 3 cas d'urémie mortelle chez des enfants ; chez un quatrième, l'anurie ne fut que passagère et les convulsions disparurent avec le retour de la sécrétion urinaire.

Gueterbock est d'avis que le traitement par la glace est l'un des plus utiles dans la diphtérie, car il répond à d'autres indications que de dissoudre les fausses membranes, ce qu'on lui conteste. En effet, à l'autopsie des enfants morts, peu après la trachéotomie, on constate que l'obstruction du larynx est due aux fausses membranes elles-mêmes, mais à l'œdème collatéral des ligaments ary-épiglottiques et des fausses cordes vocales. Or la glace est très efficace contre ces accidents secondaires. Chez les jeunes enfants où il est impossible d'administrer la glace à l'intérieur, on se contente d'une vessie placée autour du cou.

Henoch répond à Virchow qu'au point de vue anatomo-pathologique, la distinction entre l'exsudat croupal ou fibrineux, inflammatoire, et l'infiltration diphtéritique est exacte. Mais en clinique cette distinction est inutile parce que chez de nombreux malades, on voit coexister l'une et l'autre lésion, ce qui indique qu'elles sont l'effet d'un même agent infectieux. Ainsi, tantôt on voit avec une angine diphtéritique, des membranes croupales dans le larynx et de nouveau une infiltration diphtéritique à la bifurcation des bronches ; tantôt dans le pharynx une mince membrane croupale recouvrant une infiltration diphtéritique, un exsudat fibrineux dans le larynx et de nouveau de la diphtérie à la bifurcation des bronches.

A Jaschkowitz, Henoch répond qu'il n'a jamais observé la salivation parmi les suites de la diphtérie. En revanche, il l'a rencontrée dans le cours même de la maladie, mais seulement dans des cas graves où l'affectation diphtéritique s'était étendue à la langue, aux gencives et à la face interne des joues.

A Senator, Henoch répond qu'il n'a pas parlé de l'albuminurie par stase veineuse de la période asphyxique, parce que, pour lui, c'est la plus rare de toutes dans la diphtérie. Il n'admet pas davantage la dénomination de fébriles que Senator donne aux albuminuries les plus communes ; pour lui elles surviennent même en l'absence de fièvre et sont le résultat de l'infection et doivent partant être rangées parmi les néphrites infectieuses même dans les cas où l'on ne trouve pas de bactéries dans les reins.

VIII. — Pour Aufrecht, le croup qui a son siège dans le larynx, et la diphtérie qui attaque les organes du pharynx, sont étiologiquement et anatomo-pathologiquement des processus identiques. Dans les deux lésions on trouve au sein des membranes et des couches les plus superficielles de la muqueuse, des bacilles et des microcoques identiques. Les microcoques, de deux grosseurs différentes, sont le plus souvent accouplés, fréquemment aussi disposés en chaînettes ou en amas. Dans leurs intervalles, on trouve des bacilles, mais comme leur présence n'est pas constante, on peut mettre en doute leur importance étiologique.

Sous le rapport de la pathogénie, l'identité de la diphtérie et du croup ressort du fait que malgré leur siège différent, les deux affections débutent par une exsudation fibrineuse des vaisseaux qui s'épanche sur l'épithélium dont elle détruit une partie, tandis que le reste de l'épithélium persiste plus ou moins altéré. Les fausses membranes se composent essentiellement de trabécules de fibrine enfermant des vacuoles dont une partie est remplie de globules blancs. La fausse membrane ne se détache que lorsqu'à l'exsudation fibrineuse a succédé la diapédèse des globules blancs qui s'accumulent entre la fausse membrane et la muqueuse, en refoulant la première.

Lorsque Virchow prétend que les membranes du pharynx sont adhérentes tandis que celles du larynx s'enlèvent spontanément, il a raison, mais il compare deux stades complètement différents du travail morbide. Au début, les fausses membranes sont aussi adhérentes dans le larynx que dans le pharynx, tandis qu'au bout de quelques jours elles se détachent avec la même facilité de l'un et de l'autre endroit. Bien plus, elles se détachent du pharynx sans laisser la moindre lésion sur la muqueuse, ce dont on peut se convaincre quand il n'y a pas eu de traitement local.

Aufrecht en effet est l'adversaire de toutes les médications locales qui, en produisant des lésions même légères de la muqueuse, permettent aux micro-organismes qu'elle renferme d'arriver dans la circulation. Pour lui, le meilleur traitement consiste en des gargarismes au chlorate de potasse et des compresses froides autour du cou; chez les enfants on donne le chlorate à l'intérieur. A l'hôpital de Magdebourg, de 1880 à 1883, en 4 ans, 225 malades ont été traités de cette façon ; 1 seul est mort, mais il avait été traité localement. Dans sa clientèle privée, Aufrecht a obtenu des résultats non moins favorables.

Rindfleisch professe l'identité du croup et de la diphtérie.

Rosenbach se loue du traitement par les gargarismes désinfectants répétés jour et nuit, toutes les 5 ou 10 minutes (acétate d'alumine à 1 ou 2 0/0, chlorate de potasse, eau de chaux, salicylate de soude, acide phénique au centième).

IX. — Homme de 32 ans, dont la mère est hémiplégique; lui-même n'a eu d'autre maladie antérieure qu'une pneumonie. Au milieu de février 1883, diphtérie pharyngée dont il guérit au bout de 15 jours. Trois semaines après sa convalescence, paralysie du voile palatin; en même temps, tiraillements, engourdissement et faiblesse constante dans les membres.

Le 21 avril, Berwald visite le malade pour la première fois : organes des sens normaux, démarche ataxique caractéristique. Impossibilité de s'habiller seul; l'incoordination des mouvements aux membres supérieurs apparaît bien quand l'homme essaie de se boutonner. Aucun trouble objectif de la sensibilité quoique le malade accuse des douleurs lancinantes dans les quatre membres, de la raideur dans les mollets, et engourdissement dans les mains et les pieds.

Réflexes rotuliens manquant absolument. Excitabilité électrique normale. Urine riche en phosphates.

Application quotidienne des courants constants le long du rachis ; nitrate d'argent en pilules de un centigramme, 3 par jour. Nonobstant ce traitement, jusqu'au 8 mai, le mal ne fait que s'aggraver. Mais deux jours plus tard commence l'amélioration. Dès le 31, l'occlusion des yeux ne détermine plus de chute et les douleurs sont disparues. A partir du 5 juin, faradisation tous les deux jours et injection sous-cutanée de cinq milligrammes de nitrate de strychnine. Le 18 juin, au départ du malade, le réflexe rotulien faisait encore défaut, mais le 23 septembre, lorsque le malade revint, le réflexe patellaire était reparu de chaque côté.

X. — Garçon de 10 ans qui, du 1er au 17 septembre eut une angine diphtéritique, compliquée de paralysie du voile palatin et de nasonnement. A la fin de septembre, survint une parésie bilatérale de l'accommodation, avec conservation intégrale des réactions pupillaires.

Puis entre le 10 et le 16 octobre, on vit se développer des deux côtés les symptômes de l'ophthalmoplégie externe. L'œil droit était absolument immobile, tandis que le gauche gardait encore quelques mouvements dus au droit externe. Il y avait en outre une ptose modérée des deux yeux. Les pupilles réagissaient bien à la lumière. Les réflexes rotuliens manquaient.

En même temps apparut un affaiblissement marqué des jambes. Les sphincters étaient intacts, aucun trouble de la sensibilité, aucune ataxie, aucun trouble du sens musculaire; réflexe du crémaster conservé. Les membres supérieurs présentaient aussi un certain degré d'affaiblissement de la motilité.

Après un laps d'une quinzaine, l'amélioration commença graduellement : la parésie de l'accommodation disparut en premier lieu ; 6 jours plus tard, débutait une amélioration lente des paralysies des muscles extérieurs de l'œil ; les mouvements verticaux ont les premiers reparu. Actuellement (12 novembre) la locomotion des globes oculaires n'est pas encore complètement récupérée ; l'acuité visuelle et l'accommodation sont entières ; rien d'anormal à l'ophthalmoscope. Mais la parésie motrice des membres et l'absence de réflexes rotuliens persistent.

Uhthoff ne connaît aucun cas analogue au sien, c'est-à-dire d'ophthalmoplégie externe complète après la diphtérie.

Dans l'empoisonnement par les vapeurs de charbon, Knapp (*Archiv für Augenheilkunde*, 1879,) a publié une observation du même genre.

XI. — Garçon de huit ans qui depuis deux ans a eu successivement la

rougeole, la scarlatine et une diphtérie pharyngée, guérie le 28 septembre. Dès le 4 octobre, paralysie du voile palatin ; le 2 novembre, troubles visuels et faiblesse des quatre membres.

Ptose palpébrale double plus marquée à droite. Sur l'œil droit : paralysie du muscle droit interne et parésie des droits externe, supérieur et inférieur. Sur l'œil gauche, paralysie des muscles droits. Aucun trouble de l'accommodation, aucun rétrécissement du champ visuel. Parésie du facial droit. Paralysie du voile palatin. Parésie des muscles de la nuque. Ataxie légère des membres supérieurs et considérable des membres inférieurs ; le côté droit est plus fortement atteint. Excitabilité électrique normale. Pas d'autres troubles de sensibilité que de l'hyperesthésie des membres inférieurs. — Les réflexes tendineux manquent, mais les réflexes cutanés vésicaux et rectaux sont intacts. Pas d'autres troubles vaso-moteurs qu'un refroidissement des membres inférieurs. Pouls à 100 ; température 38°. Catarrhe bronchique. Albuminurie médiocre. — Mort le 11 novembre, par aggravation des symptômes existants et paralysie des poumons.

Le cerveau seul a été autopsié. Rien de visible à l'œil nu. Au microscope, hyperémie énorme des petites artères et capillaires. Issue d'un certain nombre de globules blancs et rouges disséminés ; hémorragies capillaires au niveau de la région correspondant au noyau de l'oculomoteur commun de la protubérance et du bulbe. Parois vasculaires normales. Névrite interstitielle et parenchymateuse du moteur oculaire commun, du moteur oculaire externe et du pneumogastrique.

A la suite de la pharyngite diphtéritique, les ataxies sont beaucoup plus communes que les paralysies proprement dites ; elles ont pour caractère commun la disparition des réflexes patellaires qui souvent précède de longtemps les phénomènes ataxiques, de même qu'assez souvent aussi elle persiste longtemps après que les troubles moteurs des membres ont disparu.

Il est des cas où cette absence de réflexe rotulien constitue l'unique indice d'une affection du système spinal ; aussi l'exploration de ce phénomène doit-elle toujours être faite dans les cas de paralysies diphtéritiques du voile palatin.

Mendel pense que le poison diphtéritique attaque simultanément les parois vasculaires et les nerfs. De cette façon, on explique facilement d'une part les paralysies précoces du voile palatin dont les terminaisons nerveuses plongent directement dans le foyer morbide, et d'autre part, les hémiplégies avec foyers cérébraux.

Mendel a observé 3 cas d'hémiplégie diphtéritique, dont 2 terminés fatalement. L'autopsie de l'un d'eux a montré un foyer hémorragique gros comme une cerise, qui siégeait dans le segment interne du noyau lenticulaire et avait détruit la portion voisine de la capsule interne.

Il serait disposé à croire que les morts brusques qui surviennent pendant la convalescence de la diphtérie ont leur cause dans des hémorragies bulbaires. D'ailleurs quand on étudie de près les faits des partisans de la névrite, on s'aperçoit que les lésions de l'appareil circulatoire n'y font pas défaut, seulement aucune importance n'y est attachée.

Dans la discussion, Remak déclare n'avoir observé que 2 cas d'hémiplégie consécutive à la diphtérie ; chez une fillette de 7 ans : ici l'hémiparésie droite fut précédée de perte de la connaissance et de trouble passager de la parole ; l'autre, chez un garçon de 8 ans, où il s'agissait d'une hémiplégie spasmodique gauche.

L'origine périphérique de la paralysie du voile palatin est incontestable dans les cas où elle est absolument isolée, dans ceux où il existe des troubles de la sensibilité et une réaction de la dégénérescence.

Remak a rencontré également quelques exemples de paralysies des nerfs axillaire, cubital ou médian, avec ou sans altération de l'excitabilité électrique, avec ou sans atrophie consécutive.

Le fait d'ataxie *post* diphtéritique de Mendel est intéressant surtout par sa marche tout à fait aiguë. Chez un adulte la confusion serait possible avec l'ataxie locomotrice progressive. Il résulte toutefois des observations de Remak que la rigidité réflexe des pupilles ne se retrouve jamais dans l'ataxie diphtéritique.

Remak a étudié 30 cas de paralysie diphtéritique du voile palatin au point de vue des réflexes rotuliens. Ceux-ci manquaient chez 16 malades ; quelques-uns d'entre eux offraient une ataxie considérable, d'autres des troubles moteurs insignifiants et qui avaient passé inaperçus.

Chez 2 des 14 malades qui avaient à l'origine conservé le réflexe rotulien, Remak a pu fixer l'époque de sa disparition ultérieure.

Le pronostic des ataxies comme celui des paralysies diphtéritiques est en général favorable, à moins qu'il n'existe des troubles de l'innervation cardiaque, irrégularité et fréquence extrême du pouls, où la mort arrive par paralysie du cœur.

Mais Remak a aussi suivi, jusqu'à leur entière guérison, des cas de paralysie du voile dans lesquels les réflexes rotuliens ont toujours subsisté.

Bernhardt n'est pas tout à fait d'accord ni avec Mendel ni avec Remak en ce qui touche l'état des réflexes tendineux dans les affections consécutives à la diphtérie. Il a observé un série de cas où après une diphtérie pharyngée le réflexe du genou a persisté pendant 4, 5 semaines ou même davantage. Ensuite, il a disparu, souvent d'abord d'un côté seulement. Cette disparition s'est prolongée non pas de 10 à 12 semaines, mais au moins de 16 à 20 semaines, parfois 6 ou 7 mois. Il reparaît quelquefois aussi d'abord d'un seul côté. L'absence du phénomène rotulien peut être aussi la seule suite d'une diphtérie antérieure et elle n'a aucune signification fâcheuse quant au pronostic. Il est bien entendu que dans tous les cas l'absence du réflexe patellaire n'est pas due à une paralysie avec atrophie dégénérative du district innervé par le crural, lésion qui s'observe aussi après la diphtérie.

La disparition des réflexes tendineux du genou est d'ailleurs un signe qui distingue les ataxies diphtéritiques de celles qui surviennent après d'autres maladies infectieuses, fièvre typhoïde, dysenterie, etc. J. B.

II. — Acute circumscribed cutaneous œdema, par Allan JAMIESON (*Edinb. med. journ., p.* 1090, *juin* 1883).

II. — Subcutaneous nodules, par Kingston FOWLER (*Lancet*, 19 *janvier* 1884).

II. — Du bubon rhumatismal et de la valeur pronostique des nodosités rhumatismales éphémères, par E. BRISSAUD (*Rev. de méd., avril* 1885).

IV. — Valvular disease of the heart, accompanied by rheumatic subcutaneous nodules, par EDGE (*Brit. med. journ., p.* 737, *avril* 1885).

V. — *Idem*, par James FERGUSON (*Ibid., p.* 1150, *juin* 1885).

VI. — Rhumatisme subaigu; nodosités sous-cutanées, par J. HONNORAT (*Lyon méd.*, 19 *avril* 1885).

VII. — Sur une forme de détermination rhumatoïde qui survient chez les rhumatisants sous l'influence de la fatigue, par Alb. MATHIEU (*Arch. gén. de méd., juillet* 1884).

VIII. — Nervous origin of chronic articular rhumatism, par L. WEBER (*Med. News,* 17 *novembre* 1883).

IX. — Pseudo-rhumatisme des oreillons, par LANNOIS et LEMOINE (*Rev. de méd., mars* 1885).

X. — De l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu, par CHÉRON (*Thèse de Paris,* 1885).

XI. — Note à propos d'un cas de phlébite rhumatismale, par LETULLE (*Gaz. méd. de Paris*, 4 *octobre* 1884).

I. — Sous le nom d'œdème aigu circonscrit, l'auteur décrit un symptôme morbide déjà mentionné par Quince (*Monatschrft f. prakt. Dermatol.* juillet 1882) et encore peu connu. Voici l'observation principale de son mémoire :

Mme M..., âgée de 60 ans, d'une excellente santé, a commencé il y a sept ans à souffrir de douleurs rhumatoïdes au cou et aux épaules. Elle a vu successivement des nodosités douloureuses s'établir sur les phalanges des mains et des pieds, en même temps que les grandes jointures étaient passagèremment gonflées : en un mot elle a été atteinte de rhumatisme noueux des plus évidents.

Presque simultanément, elle remarqua qu'il se produisait chez elle, sous la peau, des gonflements circonscrits localisés à la face, autour des paupières, ainsi qu'aux lèvres. Ceci survenait uniquement, à la façon de poussées d'urticaire, parfois l'apparition de ces œdèmes s'accompagnait d'un léger mouvement de fièvre : ils duraient en moyenne de deux à trois jours. Parfois la joue était distendue comme par une véritable fluxion. Depuis lors ces attaques reviennent environ tous les quinze jours, sans qu'aucun traitement les ait modifiées.

L'auteur rapporte des cas analogues, quoique moins probants, et montre que beaucoup de rhumatisants, surtout parmi les femmes, sont sujets à ces gonflements du tissu sous-cutané. H. R

II. — Un homme de 35 ans se présente, le 26 octobre 1883, à Middlesex Hospital, se plaignant de perte d'appétit, douleur à l'épigastre après les repas et amaigrissement. Trois ans auparavant cet homme avait senti se développer, au-dessous de la rotule droite, une petite tumeur, légèrement sensible à la pression. Cette tumeur augmenta peu à peu de volume. Un mois plus tard une nodosité analogue apparut sous la rotule gauche, puis il en vint au niveau des coudes. Enfin, depuis quatre mois, il s'en est développé au niveau des grands trochanters et sur les fesses. Le malade ne paraît pas avoir eu la syphilis; il n'a jamais eu de rhumatismes, sauf quelques douleurs dans les genoux qui depuis deux ans le prennent plusieurs fois par semaine à la suite de la fatigue causée par son travail. Depuis six mois, il a maigri de vingt-cinq livres, a perdu l'appétit et souffre de constipation. Les nodules disposés avec une symétrie presque parfaite sont sous-cutanés, mobiles sous la peau et sur les tissus profonds; ils sont isolés ou agminés; leur consistance est dure, leur sensibilité très obtuse, sauf pour les plus récents qui sont légèrement douloureux à la pression; leur volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une grosse châtaigne; à la fesse droite, six nodosités

réunies forment un groupe du volume d'une orange de Malte. L'examen général du sujet ne révèle rien de particulier. H. B.

III. — Ce mémoire a été écrit à l'occasion d'un malade âgé de 17 ans, qui, dans la convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé accompagné de manifestations cardiaques, présenta au niveau de la nuque, des épaules et du dos, une série de nodosités rhumatismales éphémères siégeant dans le péricarde et les tissus aponévrotiques que l'on rencontre à ces niveaux. En même temps apparurent des ganglions axillaires volumineux au point de gêner les mouvements; ganglions et nodosités disparurent au bout de quelques jours; Brissaud croit que dans ces cas l'envahissement des ganglions axillaires est sous la dépendance de la diathèse rhumastimale tout comme les nodosités qui les accompagnaient, aussi leur propose-t-il le nom de bubon rhumatismal.

Dans le cas observé par Brissaud, ainsi que dans tous ceux où il a trouvé signalées des nodosités il s'agissait de formes graves de rhumatisme, presque toujours avec cardiopathie profonde : aussi croit-il que l'apparition de ces productions fibreuses doit être considérée comme une manifestation de mauvais augure. C. GIRAUDEAU.

IV — Enfant de 14 ans, atteint en 1882 d'un rhumatisme aigu, compliqué d'endocardite et d'insuffisance aortique. En octobre 1883, nouvelle crise rhumatismale avec douleurs et gonflement des articulations métacarpo-phalangiennes.

Quelques jours après, apparition au niveau des tendons extenseurs des doigts, de petits nodules disséminés sur tous les doigts, sauf au pouce. De ces nodules, les uns persistent, les autres disparaissent rapidement, en novembre; mais pendant ce temps d'autres nodules se reforment et réapparaissent sur les tendons extenseurs des orteils au commencement de décembre : tous se résorbent à la fin du même mois. Le 11 janvier, un nouveau nodule se montre au poignet, et bientôt après deux autres à la jambe au-dessus du bord supérieur de la rotule. Cet état de choses persiste avec des alternatives de mieux et de pire pendant les mois de février et de mars : il n'en reste plus de traces en mai. H. R.

V. — L'auteur est appelé dans une famille à soigner une série d'angines tonsillaires qui atteignent successivement quatre enfants, une domestique et la maîtresse de la maison. Celle-ci, âgée de 49 ans, débute par un frisson, suivi de phlegmon amygdalien : on l'incise, mais au lieu d'être soulagée, elle éprouve un redoublement de fièvre et voit se développer des manifestations rhumatoïdes au niveau des articulations et sur les tibias. Les jointures deviennent tuméfiées et sur les rotules, aussi bien que sur le devant des jambes, apparaissent des nodosités douloureuses, dures, mobiles sous la peau, mais y adhérant par sa face profonde, et donnent lieu par voisinage à de la congestion vasculaire de la peau. Le cœur présente simultanément de l'endocardite, avec souffle systolique à la pointe.

Pendant trois semaines, ces symptômes persistent avec des alternatives variables, le cœur restant toujours soufflant, et les articulations se prenant tour à tour. Durant toute cette période, des séries de nodules semblables se succédèrent, laissant des taches livides sur la peau, et se résolvant très lentement. La malade finit par guérir conservant un souffle mitral. Le salicylate de soude se montra peu efficace; le bromhydrate de quinine parut mieux agir. H. R.

VI. — L'auteur publie un nouveau cas de nodosités éphémères survenues chez une femme de 26 ans, souffrant de rhumatisme subaigu depuis cinq

mois. Les nodosités siégeaient au niveau des coudes, de l'articulation métacarpo-phalangienne, des deux index et des genoux, d'une façon symétrique.

A. C.

VII. — L'auteur cherche à distraire du rhumatisme articulaire aigu certaines manifestations douloureuses survenant chez les rhumatisants sous l'influence de la fatigüe, et se présentant sous les trois formes suivantes : 1° arthralgies des genoux, tibio-tarsiennes et médio-tarsiennes avec fièvre légère, mais douleurs épigastriques et spinales ; 2° même complexus avec double névralgie sciatique ; 3° hydarthrose aiguë. Comme dans la péliose rhumatismale, le système nerveux central, surmené et irrité en vertu d'une prédisposition propre aux arthritiques, paraît jouer un rôle dans l'évolution des accidents. P. M.

VIII. — Après avoir énuméré et discuté toutes les causes auxquelles on rattache ordinairement l'origine du rhumatisme articulaire chronique, l'auteur arrive à dire que la véritable cause de cette maladie est due à une irritation médullaire et que les excès vénériens et les fatigues d'une vie de débauche en sont les facteurs principaux. Pour établir l'origine nerveuse du rhumatisme chronique, Weber se base sur la symétrie des lésions articulaires, l'atrophie des masses musculaires et l'inefficacité dans beaucoup de cas du colchique et de l'iodure de potassium, tandis que l'électrisation de l'axe médullaire suffit souvent à enrayer les progrès du mal. Il croit qu'il s'agit de troubles trophiques dont la lésion causale doit être recherchée au niveau des cornes antérieures.

C. GIRAUDEAU.

IX. — Lannois et Lemoine ont réuni cinq observations d'oreillons, au cours desquelles apparurent des manifestations polyarticulaires rappelant celles du rhumatisme franc. Ces manifestations portent de préférence sur les grandes jointures, elles sont assez passagères (quelques jours à deux ou trois semaines), se manifestent tantôt dans le cours, tantôt au déclin de la maladie ; elles pourraient même parfois se compliquer d'endocardite. Les auteurs croient qu'il s'agit ici de pseudo-rhumatismes comparables à ceux de la scarlatine, la blennorragie, la dysentérie, etc.

C. GIRAUDEAU.

X. — Chéron, contrairement à l'opinion généralement admise, croit que l'albuminurie est assez fréquente dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Tantôt légère, passagère sans autre manifestation rénale, elle serait due à une fluxion rhumatismale du côté des reins, tout comme il s'en fait dans le cours de cette affection sur la plupart des appareils ; tantôt abondante, elle serait due à une néphrite dans le vrai sens du mot, et pourrait s'accompagner d'anasarque, de douleurs lombaires et d'hématurie; exceptionnellement, elle se terminerait par la mort. A l'autopsie on trouverait une néphrite épithéliale. Ces cas s'observeraient surtout chez des individus présentant en même temps des manifestations rhumatismales cardiaques sans qu'il soit possible de les rattacher à une embolie rénale. Dans une troisième catégorie de cas se rangeraient les albuminuries par infarctus rénal ne différant en rien comme symptomatologie de celles qui s'observent au cours des affections cardiaques chroniques. C. GIRAUDEAU.

XI. — Après avoir publié une observation intéressante de cet accident, l'auteur étudie quelques points de cette variété de plébite, et conclut ainsi :

La plébite rhumatismale est l'une des complications rares du rhumatisme articulaire aigu.

Elle affecte de préférence les veines des membres inférieurs, particulièrement le gauche.

La stase sanguine semble être l'une des conditions déterminantes les plus actives qui favorisent la formation des caillots phlébitiques.

La coexistence, très fréquemment signalée, des complications cardiaques et pleuro-pulmonaires antérieures, paraît y jouer un rôle important, quoique secondaire, en augmentant la pression sanguine intra-veineuse.

Toutefois l'influence pathogénique de lésions inflammatoires primitives, paraît indiscutable. OZENNE.

I. — De la myopathie atrophique progressive, par LANDOUZY et DÉJERINE (*Revue de médecine, février et avril* 1885).

II. — Revision nosographique des atrophies musculaires progressives, par CHARCOT (*Progrès médical, 7 mars* 1885).

III. — Ein Fall von Spätform von progressiver Muskelhypertrophie, par BENEDIKT (*Soc. des méd. de Vienne, 5 décembre* 1884).

IV. — Zwei Fälle von juveniler Form der progressiven Muskelatrophie, par NOTHNAGEL (*Soc. des méd. de Vienne, 14 novembre* 1884).

I. — Cet important travail, basé sur sept observations personnelles, est consacré à l'étude de cette variété d'atrophie musculaire progressive, décrite par Duchenne sous le nom d'atrophie de l'enfance. Mais contrairement à ce qui a lieu pour la maladie d'Aran-Duchenne, dans laquelle on trouve toujours des altérations médullaires, ici les lésions des cellules des cornes antérieures font absolument défaut. C'est donc bien purement et exclusivement d'une *myopathie* qu'il s'agit et non pas d'une *myétopathie*.

Du reste, au point de vue clinique, de même qu'au point de vue anatomique, il existe des différences qui permettent de décrire à part la myopathie atrophique progressive. Débutant *ordinairement* dans l'enfance, souvent héréditaire, cette affection atteint le plus souvent la face primitivement (type facio-scapulo-huméral); quelquefois, mais rarement, ce sont les muscles des membres supérieurs, exceptionnellement ceux des membres inférieurs qui sont les premiers envahis. Lorsque c'est la face qui est atteinte la première, l'atrophie porte exclusivement sur les muscles innervés par le facial. Les orbiculaires, les labiaux, les palpébraux se prennent les premiers ; d'où, physionomie particulière du malade : *au repos*, face béate, lèvres saillantes, front lisse comme l'ivoire, pseudo-exorbitisme ; pendant les efforts de mimique, facies plus singulier encore, rire triste (rire en travers), mouvements des lèvres incomplets, immobilité des traits contrastant avec l'animation des yeux. La généralisation se fait ordinairement par les membres supérieurs, et les muscles atteints n'ont entre eux aucun lien d'innervation forcé. Les sus et sous-épineux, le sous-scapulaire et le groupe des fléchisseurs de la main et des doigts restent presque indéfiniment intacts.

Les muscles annexes à des appareils spéciaux (vue, mastication, dé-

glutition, phonation) restent intacts pendant toute la durée de l'affection ; il en est de même des muscles respirateurs. Les muscles altérés sont atrophiés dès le début ; jamais, à aucune période de l'affection, ils ne présentent d'hypertrophie. et il en est de même pour les muscles ; à l'autopsie on constate qu'ils sont atteints de myosite atrophique simple, respectés par l'atrophie. Les contractions fibrillaires des muscles font complètement défaut et la contraction idio-musculaire a disparu ou est très diminuée et d'une constatation difficile. La contractilité électrique, faradique et galvanique, est diminuée simplement, sans inversion de la formule normale, partant, sans réaction de dégénérescence. Les réflexes tendineux ne disparaissent le plus souvent que lorsque les muscles sont très atrophiés. Certains muscles et principalement le biceps brachial sont rétractés, de sorte que lorsqu'on fait tendre le bras au malade, il ne peut y parvenir d'une façon complète, et au niveau de la partie antérieure du bras, on observe une corde saillante due à la diminution de longueur de ce muscle. Le même phénomène peut s'observer au membre inférieur. Tous ces caractères suffisent pour différencier la myopathie progressive atrophique de l'atrophie musculaire vulgaire, de la paralysie pseudo-hypertrophique et de la forme juvénile d'atrophie musculaire (Erb.). L'évolution de l'affection décrite par Landouzy et Déjerine est progressive, mais lente, très lente même, et les progrès semblent diminuer de rapidité à mesure que la maladie avance en âge ; la pathogénie ainsi que la thérapeutique sont à peu près inconnues jusqu'aujourd'hui. C. GIRAUDEAU.

II. — L'histoire des amyotrophies est en train de subir des modifications. La grande classe des amyotrophies spinales deutéropathiques reste intacte ; la classe des amyotrophies spinales protopathiques se démembre. Le type Aran-Duchenne persiste, mais il faut établir à côté diverses variétés de myopathies primitives, dont plusieurs sont indiscutables aujourd'hui : 1° la paralysie pseudo-hypertrophique, de Duchenne ; 2° la forme juvénile de l'atrophie musculaire, de Erb ; 3° l'atrophie musculaire progressive de l'enfance, de Duchenne ; 4° les formes de transition où la faiblesse musculaire ne s'accompagne ni d'atrophie ni d'hypertrophie ; 5° la forme héréditaire de l'atrophie musculaire progressive, de Leyden. — Charcot est porté à admettre que toutes ces variétés se confondent en une seule et même entité morbide, la myopathie progressive primitive.

H. L.

III. — Benedikt observe une fille de 22 ans, chez qui la paralysie pseudo-hypertrophique a débuté à l'âge de 13 ans (le frère de cette malade a été atteint de la même affection à l'âge de 13 ans). Elle n'a pas précisément la démarche du canard. Les muscles du mollet droit sont pseudo-hypertrophiés ; il y a paralysie des deux psoas-iliaques, du tibial antérieur droit, et des deux grands dentelés ; il y a parésie de presque tous les autres muscles du tronc et des extrémités. Des fragments empruntés à la musculature du mollet droit montrent encore le premier degré de la pseudo-hypertrophie : faisceaux normaux enveloppés de graisse luxuriante. — Ceux du mollet gauche sont partiellement tuméfiés, vitreux ; la graisse interposée a disparu.

L'auteur saisit cette occasion pour déclarer que le type d'Erb (forme juvénile de l'amyotrophie progressive), auquel quelques auteurs rattacheraient la présente observation, n'est autre chose que la forme tardive de la pseudo-hypertrophie musculaire. L. GALLIARD.

IV. — Nothnagel observe deux cas du type d'Erb : forme juvénile de

l'atrophie musculaire progressive. Chez les deux malades, les muscles de la main et de l'avant-bras sont respectés, mais le bras et l'épaule ont subi l'atrophie ; les muscles de la cuisse sont atteints, d'où la démarche de canard caractéristique ; la jambe est compromise chez l'un des sujets. Pas de contractions fibrillaires des muscles, pas de réaction de dégénérescence. Pas de troubles de la sensibilité. Progression lente des phénomènes pathologiques.

Benedikt voit dans ces deux cas la forme tardive de la pseudo-hypertrophie musculaire dont Erb a voulu à tort faire un type morbide spécial.

L. GALLIARD.

De la fièvre hystérique, par DEBOVE (*Société médicale des hôpitaux*, 25 *février* 1885).

Debove soigne une femme hystérique, âgée de 24 ans, qui depuis 3 ans, à la suite d'un violent accès de fièvre à 3 stades, a toujours présenté une température de 38 degrés au minimum, avec des accès intermittents irréguliers à 39 et 40 degrés. Les diagnostics de fièvre palustre et de tuberculose ont été successivement rejetés ; le sulfate de quinine a toujours échoué et l'état général reste bon. Récemment la malade eut un accès qui dura 14 jours ; la température oscilla entre 40 et 41 degrés ; la peau était brûlante, la céphalalgie intense, accompagnée de subdélirium, la soif vive, la constipation tenace ; le pouls à 120. Le 13e jour 5 grammes d'antipyrine amenèrent rapidement la chute de la température et la guérison.

Debove a essayé sur une série de sujets des deux sexes, hypnotisés ou hypnotisables, de suggérer une sensation de chaleur intense et a produit des élévations thermiques variant de 0,5 à 1,5. Les essais de suggestion de refroidissement ont donné des résultats insignifiants ou contradictoires.

H. L.

I. — Rubeola, so called « German Mesales », par Tonge SMITH (*The Lancet*, 9 *juin* 1883).

II. — A contribution to the clinical study of rötheln or German Measles, par W. EDWARDS (*Am. journ. of the Med. Sc., p.* 448, *octobre* 1884).

I. — L'auteur a pu observer 145 cas de rubéole, dont l'étude attentive lui a fourni les résultats suivants :

La rubéole est une affection spécifique, distincte de la rougeole et de la scarlatine; elle atteint sans distinction des individus ayant eu ou n'ayant pas eu ces deux maladies.

Elle est infectieuse et contagieuse, comme le prouvent des faits nombreux d'épidémie de famille ou d'infection après contact avec un malade; toutefois sa contagiosité est moins active que celle de la rougeole, moins prolongée que celle de la scarlatine; dans les salles d'hôpitaux elle se greffe rarement sur une autre maladie aiguë.

La durée de l'incubation paraît être assez exactement de quatorze jours, comme le démontrent plusieurs observations très concluantes, recueillies par l'auteur.

Le début est brusque, mais les premiers phénomènes sont souvent

assez peu marqués pour passer inaperçus; c'est tantôt un frissonnement avec malaise général, une pesanteur de tête, une légère toux, un peu d'éternuement ou de catarrhe nasal, tantôt une injection des conjonctives avec sensation de sable dans les yeux et photophobie, un léger mal de gorge, un peu de raideur du cou, qui ouvre la scène. Souvent l'éruption est le premier phénomène qui attire l'attention; la température s'élève ordinairement jusqu'à 39°, et tombe rapidement dès le second ou le troisième jour; la langue est légèrement chargée, et offre à la pointe une douzaine de papilles saillantes; elle ne desquame pas comme dans la scarlatine. La gorge, rouge et sèche, ne présente ni tuméfaction, ni exsudat; il y a peu ou pas de troubles digestifs et, en général, dès le troisième ou le quatrième jour tout rentre dans l'ordre.

L'éruption, qui atteint son acmé en moins de vingt-quatre heures, apparaît sous forme de taches occupant d'abord la face et le rebord des lèvres, puis s'étendant rapidement sur le tronc et sur la racine des membres, principalement du côté de la flexion; rarement elle atteint les extrémités. Les taches, irrégulières, formées par des groupes de petites papules d'un rouge vif, sont disposées en croissants comme celles de la rougeole; légèrement saillantes au début, elles ne tardent pas à s'affaisser et à perdre la netteté de leurs contours, la rougeur devient moins vive et uniforme comme celle de la scarlatine. Au bout de trois ou quatre jours l'éruption a disparu. La desquamation, quand on peut l'observer, ne consiste qu'en une poussière furfuracée qui couvre la figure, le cou et la poitrine et qui disparaît avant le huitième jour.

L'engorgement des ganglions lymphatiques est le trait distinctif de la rubéole; cet engorgement est général, mais surtout marqué au niveau des ganglions sous-occipitaux, auriculaires, latéraux du cou et inguinaux; chaque glande tuméfiée isolément donne aux doigts l'impression d'une bille roulant sous la peau, et en général ces petites tumeurs sont un des premiers symptômes dont s'aperçoit le malade; elles sont aussi un des derniers à disparaître. Légèrement douloureuses à la pression, elles n'atteignent pas un grand volume et ne suppurent jamais.

La seule complication un peu à redouter est ce qu'on pourrait appeler l'angine secondaire : parfois, vers le quatrième ou le cinquième jour, la gorge du malade devient très rouge, tuméfiée et excessivement douloureuse; la voix est altérée, la déglutition presque impossible et la salivation continuelle; la température peut monter jusqu'à 40°. Cette complication, plus effrayante que grave, se dissipe d'ordinaire sans ulcération ni abcès.

Le diagnostic n'offre pas de difficulté quand on peut voir le malade dès le début : l'absence de prodromes, la précocité de l'éruption et son début par la face, le gonflement si particulier de l'appareil ganglionnaire, constituent des symptômes suffisants. Il n'en est plus de même quand le malade se présente au troisième jour, quand l'éruption a déjà changé de caractère et quand la rougeur de la gorge, l'état framboisé de la langue, l'érythème uniforme du tronc suggèrent l'idée d'une scarlatine. Cette erreur est souvent commise; pour l'éviter, il faut examiner soigneusement l'état du visage et surtout des lèvres où on découvre parfois quelques taches caractéristiques; il faut aussi tenir compte de la généralisation et de la symétrie du gonflement ganglionnaire.

Le pronostic est favorable : sur 145 malades, l'auteur n'a pas eu un seul cas de mort.

Comme traitement, dans les cas ordinaires, le repos au lit, les potages, une légère purgation; dans les cas d'angine grave on aura recours au sulpho-phénate de calcium en potion et en gargarisme, au sulfate de quinine et aux toniques. H. BARTH.

II. — La rubéole semble être aux États-Unis une maladie assez commune, à en juger d'après le nombre élevé des cas (166) observés par l'auteur de ce mémoire, ainsi que d'après la bibliographie américaine très étendue qui lui fait suite. Voici les points principaux de ce travail :

La maladie peut se montrer à tout âge, mais surtout cependant chez les enfants; elle est épidémique et contagieuse, surtout par les temps chauds et humides, et paraît relever d'une infection microbienne, car le sérum sanguin et les leucocytes contiennent des micrococci, qui n'ont du reste été ni cultivés, ni inoculés.

La rubéole ne confère aucune immunité contre la scarlatine ou la rougeole, et réciproquement; elle a donc sa spécificité propre, bien loin de constituer une forme hybride et combinée de ces deux maladies.

La durée de l'incubation semble varier entre dix ou douze jours. La période d'invasion, caractérisée par des symptômes généraux, du catarrhe, des muqueuses supérieures et de l'angine, est en moyenne de trois jours.

L'éruption, parfois précédée d'un rash érythémateux, est accompagnée d'un redoublement de fièvre et de malaise. Elle débute par la face pour envahir ensuite le tronc et les membres. Ses caractères sont essentiellement polymorphes, comme confluence des macules, coloration rosée ou écarlate, ou ponctuée; les contours des taches sont irréguliers, dentelés.

En même temps, on observe une éruption analogue sur le voile du palais avec tuméfaction douloureuse des amygdales et adénopathie sous-maxillaire. Mais l'angine ne devient jamais pultacée, et la langue ne se dépouille pas, ne revêt pas l'aspect framboisé qu'elle présente dans la scarlatine.

L'éruption dure en moyenne cinq jours, jusqu'à quinze exceptionnellement; elle est suivie d'une pigmentation brun clair de la peau, et d'une desquamation furfuracée.

Les principales complications sont la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie, l'entérite, la stomatite, la néphrite aiguë.

Le pronostic, bénin en général, comporte cependant les mêmes réserves que dans la scarlatine, et la mort peut survenir soit par malignité de la maladie, soit par le fait de l'une des complications précédemment énumérées. A. CHAUFFARD.

I. — Ueber die histologischen Veränderungen der Haut bei Morbillen und Scarlatina (Altérations histologiques de la peau dans la rougeole et la scarlatine), par NEUMANN (*Wien. med. Jahrbücher, Heft* 2, *p.* 159, 1883).

II. — Ueber das Verhältniss der Flüssigkeitsaufnahme zu den ausgeschiedenen Harnmengen bei Scarlatina (Relation de la quantité de liquide absorbé avec la quantité d'urine éliminée dans la scarlatine), par Julius GLAN (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXIII, Heft* 2, *p.* 200).

III. — Sur l'étiologie de la scarlatine hémorragique, par L.-H. PETIT (*Union médicale*, 15 *novembre* 1884).

IV. — Scarlet fever : how to limit its contagiousness? par Allan JAMIESON (*Edinb. med. journ.*, *p.* 785, *mars* 1884).

I. — L'histologie pathologique de la rougeole est peu connue jusqu'ici. Simon n'ayant trouvé de lésion ni dans les follicules, ni dans les papilles, considère les papules morbilleuses comme résultant d'exsudats liquides. J. Mayr localise les altérations dans les glandes sébacées.

L'auteur, examinant les papules de la période d'éruption, constate que les lésions sont circonscrites dans les vaisseaux et les glandes.

Les vaisseaux sont hyperémiés et dilatés, et l'on voit leurs gaines infiltrées de cellules rondes, disposées en couches serrées, qui les accompagnent jusque dans les papilles.

Mêmes éléments cellulaires dans la gaine des glandes sudoripares, au niveau des glomérules comme au niveau des conduits excréteurs et toujours en dehors de leurs parois. On les retrouve encore autour des follicules pileux, autour des glandes sébacées et dans l'épaisseur des muscles arrectores pilorum.

Les lésions de la scarlatine sont caractérisées, d'après Löschner, par des exsudats siégeant dans le réseau de Malpighi. D'après Tanwick la membrane fondamentale des glandes sudoripares est épaissie, l'épithélium se détache et les conduits sudorifères sont obstrués par des cellules épithéliales mêlées aux exsudats sanguins. Bohn croit que les lésions débutent dans les couches profondes de l'épiderme. Kaposi admet l'hyperémie avec exsudation et prolifération cellulaire dans les papilles et dans le réseau de Malpighi, les extravasations sanguines dans les papilles et dans le derme.

Voici la description de l'auteur :

Les cellules du réseau de Malpighi sont tuméfiées. Celles des couches inférieures, les cellules dentelées, deviennent fusiformes et s'écartent les unes des autres; dans les intervalles qui résultent de cette dissociation se logent des cellules exsudées ou des globules sanguins. Les cellules rondes néoformées peuvent même se substituer complètement aux éléments épidermiques, atteindre la couche cornée et, progressant encore, détruire la couche cornée pour arriver à la surface libre de la peau. On les trouve en masses compactes autour des follicules cutanés.

Le derme est tuméfié. Les faisceaux sont épaissis et, sur certains points, dissociés par des éléments cellulaires ou par des vaisseaux énormément dilatés et tellement déformés qu'on ne reconnaît plus dans les papilles les anses vasculaires. Les cellules jeunes sont surtout disposées autour des glandes, des follicules pileux et des vaisseaux, mais elles affectent plus d'indépendance et sont aussi beaucoup plus nombreuses que dans la rougeole.

L'auteur ne se prononce pas sur l'état des lymphatiques de la peau.

L. GALLIARD.

II. — Trois cas peuvent se présenter :

1° La quantité d'urine éliminée est diminuée pendant tout le temps que dure la fièvre, puis elle s'élève progressivement jusqu'au taux

normal et même le dépasse pendant quelques jours. Le pronostic est alors bénin.

2° La diurèse s'élève aussitôt après la cessation de la fièvre à un taux très élevé, puis elle tombe très bas les jours suivants. Elle présente pendant toute la durée de la maladie des oscillations considérables.

Dans ces conditions, le décours de la maladie est traînant; la desquamation ne s'établit pas franchement. La peau est pâle, parfois il y a de l'œdème, sans albuminurie. Souvent il y a de petites élévations de la température, annoncées plusieurs jours auparavant par une diminution de la diurèse.

3° La diurèse, très abaissée pendant toute la durée de la fièvre, monte rapidement à la normale au moment de la défervescence; elle demeure même au delà pendant plusieurs jours, puis elle tombe beaucoup au-dessous de la normale, brusquement elle demeure très abaissée jusqu'à la mort. Quelquefois il se fait une nouvelle élévation au bout de quelques jours et la normale se trouve de nouveau atteinte.

A cette catégorie appartiennent les cas dans lesquels il se fait de l'albuminurie et de l'anasarque. La diminution seule de la diurèse, en dehors de toute albuminurie et de toute hydropisie, peut être l'indice premier des dangereux accidents qui vont se montrer. A. M.

III. — L'auteur rapporte trois observations, à l'effet de prouver que, pour la scarlatine comme pour la variole, les altérations antérieures des grands viscères sont les causes principales de cette forme grave de la maladie.

1° Homme de 25 ans, demeurant en Algérie depuis 16 mois; soigné pour une fièvre typhoïde pendant le mois de mars, rentre à l'hôpital le 15 mars au 3e jour d'une scarlatine hémorragique. Le foie était totalement gras, décoloré; les reins, blancs.

2° Enfant de 7 ans, atteint de cachexie paludéenne et de mégalosplénie, scarlatine hémorragique. Mort.

3° Garçon de 16 ans, de tempérament lymphatique, pris, quelques mois après, d'une rougeole bénigne, d'une coxalgie aiguë; quinze mois après, ostéite du fémur suivie d'abcès multiples compliqués d'un érysipèle : plus tard, scarlatine intense qui amène la gangrène des cicatrices des fistules, une suppuration et des hémorragies abondantes. Guérison par l'ergot de seigle combiné au sulfate de quinine. H. L.

IV. — L'auteur part de ce principe, que la scarlatine est peu contagieuse a sa période d'invasion et d'éruption, et qu'elle le devient de plus en plus pendant la phase de desquamation. La contagion, suivant lui, s'exerce de deux façons : par les squames cutanés, d'abord, ce qui paraît bien démontré; en second lieu par l'air qui sort des poumons du malade, ce qui semble probable, mais n'est pas absolument certain.

Les moyens qu'il préconise, pour diminuer la contagiosité de l'affection sont, indépendamment de l'isolement du malade (surtout par rapport aux personnes jeunes), les suivantes :

1° Désinfecter la peau en faisant prendre au malade, *dès le début,* des bains chauds qui font tomber les cellules épidermiques superficielles ;

2° Désinfecter l'arrière-gorge et l'air expiré au moyen de badigeonnages du voile du palais avec une solution de glycérine boriquée ;

3° Désinfecter soigneusement les linges du malade avec de l'acide phénique, avant de les passer au blanchissage. H. R.

Ueber Thermoneurosen, par M. SCHERSCHEWSKY (*Arch. f. path. An. u. Phys. Bd. XCVI, H. I, p.* 131).

L'auteur rapporte quatre observations d'états fébriles dans lesquels l'élévation de la température serait due, d'après lui, à un trouble des centres nerveux thermiques.

Le premier fait a trait à un cas de paralysie diphtéritique avec fièvre, celle-ci aurait cédé à des inhalations d'oxygène. L'auteur fait remarquer que, d'après Landois, Thiry, Navalichin, le sang pauvre en gaz n'excite pas suffisamment les centres vaso-moteurs.

Dans le second et le troisième fait de Scherschewsky les symptômes sont si semblables qu'on peut rapprocher les deux observations. Outre la fièvre on notait des douleurs du 2e nerf intercostal gauche et du plexus brachial du même côté, phénomènes rappelant l'angine de poitrine considérée par l'auteur avec Peter comme un trouble nerveux. De plus, mobilité de la pupille, exagération des réflexes musculaires et tendineux, battements de cœur et arythmie. A côté de ces phénomènes capitaux communs aux deux cas en question, on notait, dans l'un, de la toux, dans l'autre, des troubles gastriques, de la salivation, des sueurs.

Dans le quatrième cas il s'agissait d'une chlorotique avec fièvre ayant en outre de la toux, un souffle au premier temps et à la pointe, de l'œdème des pieds. L'auteur après avoir discuté et éliminé les diagnostics de tuberculose, endocardite, phlébite, anémie pernicieuse, croit que la fièvre était également due à un trouble d'ordre purement nerveux, ce qui n'aurait pas lieu de surprendre, étant donné que les chlorotiques sont toutes plus ou moins nerveuses.

P. GALLOIS.

Étude clinique et expérimentale sur l'acétonémie, par P. de GENNES (*Thèse de Paris*, 1884).

Excellente étude clinique du coma diabétique, dans laquelle l'auteur insiste en particulier sur trois des symptômes qui le caractérisent : l'odeur d'acétone exhalée par le malade, l'abaissement de la température centrale et la dyspnée.

Ce coma, tantôt brusque, tantôt au contraire lent dans son évolution, peut même parfois présenter des rémissions trompeuses, car le pronostic est toujours mortel.

Les pages consacrées au diagnostic des différents comas avec lesquels celui des diabétiques peut être confondu (urémique, alcoolique, toxique, etc.) renferment un exposé très complet et très clair des signes qui permettent de le reconnaître au lit du malade.

Dans la partie expérimentale, l'auteur a provoqué à l'aide d'injections sous-cutanées d'acétone, chez divers animaux, des accidents qui ont la plus grande analogie, sinon une similitude complète, avec ceux du coma diabétique. A ce point de vue, ces expériences sont confirmatives de celles faites par Kussmaul en 1874; malheureusement les objections faites à ces dernières ne sont pas détruites par les expériences ingénieuses de l'auteur et elles peuvent, pour la plupart, être adressées de toutes pièces à la partie expérimentale du travail de de Gennes.

C. GIRAUDEAU.

Contribution à l'étude de la parotidite chronique saturnine, par Pierre PARISOT (*Revue médicale de l'Est*, *p.* 449, 1er *août* 1885).

Parmi les manifestations du saturnisme, il en est une, la parotidite chronique, qui est peu connue. Cette complication inflammatoire reconnaît pour cause l'élimination du plomb par la salive.

Début insidieux, tuméfaction tantôt considérable, tantôt à peine marquée portant sur les deux parotides, souvent plus manifeste sur l'une d'elles, pouvant même dans quelques cas n'intéresser qu'une partie de la glande; peu ou pas de sensation douloureuse soit spontanée, soit provoquée; concomitance très fréquente de la gingivite ainsi que du liséré de Burton; marche lente, complication sans gravité, passant souvent inaperçue et demandant à être cherchée : tels sont les principaux caractères que Parisot assigne à la parotidite chronique saturnine. A. C.

GYNÉCOLOGIE.

I. — Ein Beitrag zur chemischen Diagnose der Ovarialflüssigkeiten (Diagnostic chimique des liquides ovariques), par Alfred GÖNNER (*Zeit. f. Geburtshüllfe u. Gynæk., Band X, p.* 176).

II. — Klinische und anatomische Untersuchungen zur Lehre von den Bauchgeschwülsten und der Laparotomie, par WERTH (*Archiv f. Gynæk.*, *Band XXIII, Heft* 3, *et Band XXIV, Heft* 1).

III. — Ueber Metastasenbildung bei gutartigen Ovarialkstomen (Métastases ayant pour point de départ des kystes bénins), par R. OLSHAUSEN (*Zeit. f. Geburts., XI, Heft* 1).

IV. — Ein Fall von einfachem Ovarialcystom mit Metastasen, par BAUMGARTEN (*Arch. f. path. Anat., XCIII, Heft* 1).

V. — Sieben Ovariotomien mit Einnähung der Tumorbasis (De la suture de la base de la tumeur avec la paroi abdominale; sept ovariotomies), par A. RHEINSTAEDTER (*Zeit. f. Geburts., Band X, Heft* 2).

VI. — Zwei Fälle von Abschnürung der Ovarien (Arrachement des ovaires), par BAUMGARTEN (*Arch. f. path. Anat., XCVII, Heft* 1).

VII. — Remarques cliniques sur une première série de 25 ovariotomies; — sur une deuxième et troisième série de 25, par F. TERRIER (*Revue de chir., mai* 1882, *janvier* 1884, *janvier* 1885).

VIII. — Du péritonisme envisagé comme indication de l'ovariotomie, par LE DENTU (*Revue de chir., janvier* 1885).

IX. — Etude sur les kystes de l'ovaire intra-ligamenteux, par Alexis VAUTRIN (*Thèse de Nancy*, 1885).

X. — Du rapport qui existe entre les kystes de l'ovaire et le ligament large, ses conséquences à propos de l'ovariotomie, par O. TERRILLON (*Bull. Soc. de chir.*, 7 *juin* 1883, *et Rev. de chir.*, 1884).

XI. — Kyste ovarique infiltré dans le ligament large; adhérences avec l'utérus et l'uretère, hydronéphrose commençante, par TERRILLON (*Bull. Soc. de chir.*, *p.* 212, 1884).

XII. — Réflexions à propos de 35 observations d'ovariotomie et de laparotomie, par TERRILLON (*Ibid.*, *p.* 659, 1884).

XIII. — Sur le traitement des kystes para-ovariques et leur récidive après la ponction simple, par TERRILLON (*Ibid.*, 29 *juillet* 1885).

XIV. — Kyste para-ovarique; ponction et injection iodée; iodisme aigu, par JEANNEL (*Ibid.*, *p.* 627, 1884).

XV. — Knochenenbildung in der Wand einer Ovariencyste (Ossification de la paroi d'un kyste ovarique), par Camillo FÜRST (*Arch. f. path. Anat.*, *XCVII*, *Heft* 1).

XVI. — Ein Fall von Cystoma Ovarii mit tuberculöser Entartung (Kyste ovarique avec tuberculose de la poche, extirpation, guérison), par BAUMGARTEN (*Ibid.*, *XCVII*, *Heft* 1).

XVII. — Kyste de l'ovaire et grossesse, par HEYDENREICH (*Rev. méd. de l'Est*, 1er *juillet* 1885).

XVIII. — Note sur un kyste ovarique à contenu huileux, par DELENS (*Rev. de chir.*, *décembre* 1884).

I. — On sait qu'Hammarsten a retiré des liquides ovariens une substance réductrice. Cette substance, jusqu'ici nommée paralbumine, est, selon lui, un mélange d'albumine et de métalbumine, auquel il donne le nom de pseudo-mucine. (*R. S. M.*, XXI, p. 45.) Les expériences de l'auteur ont eu pour but de rechercher si cette substance est caractéristique des liquides à origine ovarienne.

Sur 14 liquides qui lui étaient envoyés comme provenant de kystes de l'ovaire, 7 ont donné la réaction d'Hammarsten; 6 ne l'ont pas donnée. Deux de ces derniers, ainsi que l'a démontré plus tard l'examen anatomique, n'étaient pas d'origine kystique; l'un provenait d'un cystosarcome de l'ovaire; l'autre, d'un fibrome utérin ramolli. Un troisième liquide n'a pu être utilisé à cause de sa consistance. En résumé, de 11 liquides d'origine sûrement ovarienne, 4 n'ont pas donné la réduction; l'expérience d'Hammarsten n'est donc pas constante.

L'auteur a répété les mêmes expériences sur divers liquides d'origine non ovarienne : ascite, exsudat pleurétique, liquide péricardique. Il n'a obtenu qu'une seule fois la réduction : il s'agissait d'un liquide ascitique provenant d'un malade atteint de cancer du foie. La réduction ne suffit donc pas pour affirmer qu'un liquide provient d'un kyste ovarien.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner un mélange de liquides ascitiques et ovariens frais; les liquides avaient été mélangés dans la proportion de 1, 2. Le mélange a donné la réduction; le liquide ascitique isolé ne la donnait pas.

En résumé, lorsqu'on obtient la réduction, il y a vraisemblablement lieu de supposer que le liquide provient d'un kyste ovarien. La réduction d'Hammarsten peut être utilisée dans une certaine mesure pour le diagnostic.

II. — La première partie de ce mémoire est consacrée à l'influence

des opérations en général et de la laparotomie en particulier sur la température animale. Depuis près d'un an et demi, l'auteur a eu soin de faire prendre la température rectale de ses opérées de laparotomie immédiatement avant et après l'opération. Sur 31 laparotomies, 28 fois la température a baissé après l'opération; 3 fois seulement elle a augmenté pendant l'opération. Le minimum d'abaissement de la température a été de un dixième de degré, le maximum de 14 dixièmes, la moyenne de 5 dixièmes 2.

Pour contrôler l'influence que peut avoir l'ouverture de la cavité abdominale sur cette chute de la température, l'auteur a répété les mêmes recherches sur 36 opérations de la vulve du vagin ou du col de l'utérus. Ces opérations étaient pour la plupart des autoplasties, et ne nécessitaient pas l'ouverture du péritoine ; cinq fois la température a monté pendant l'opération ; une fois elle n'a pas changé ; trente fois il y a eu abaissement ; le minimum a été de 1 dixième, le maximum de 1 degré, la moyenne de 4 dixièmes 5.

L'auteur conclut de ces résultats que le refroidissement constaté dans les laparotomies n'a pas pour point de départ l'ouverture de la cavité abdominale et de la mise à nu de son contenu, puisqu'on observe à peu près le même degré de refroidissement dans des opérations qui n'intéressent pas la cavité abdominale.

Les causes qui jouent le principal rôle dans la production du refroidissement constaté à la suite des opérations sont l'anesthésie chloroformique et l'hémorragie.

Au point de vue de l'influence du chloroforme, l'auteur a constaté un abaissement notable de la température à la suite de simples examens pratiqués sous l'influence du sommeil chloroformique ; on ne peut invoquer dans ce cas ni l'hémorragie, ni le refroidissement par suite des parties mises à découvert. Il a constaté notamment un abaissement de 4 dixièmes à la suite d'une anesthésie d'une heure (24 centimètres cubes de chloroforme), et dans un autre cas, un abaissement de 5 dixièmes après une anesthésie d'une demi-heure (26 centimètres cubes de chloroforme).

L'influence de l'hémorragie est démontrée par les opérations d'ablation de l'utérus par la voie vaginale. Sur 7 cas, l'auteur a constaté des abaissements de 2, 5, 6, 15 et 16 dixièmes de degré. Dans ces cas, on ne peut invoquer l'influence de l'exposition du péritoine à l'air libre ; ces opérations se distinguent surtout par l'importance de l'hémorragie.

La seconde partie du mémoire est consacrée au pseudomyxome du péritoine. Sous le nom de maladie gélatineuse du péritoine (Péan), dégénérescence myxomateuse du péritoine (Hennig), on a décrit une altération du péritoine, qui vient parfois compliquer les kystes de l'ovaire, mais qui est en somme assez rare. On trouve soit au moment de l'opération, soit à l'autopsie, la cavité abdominale remplie de masses gélatineuses, les unes libres, les autres adhérant à la séreuse pariétale ou viscérale sous forme de membranes épaisses, demi-transparentes. Péan semble porté à identifier cette affection avec le cancer colloïde ; d'autres auteurs la considèrent comme une altération myxomateuse du péritoine. Pour l'auteur, il ne s'agit là que d'une inflammation du péritoine, causée par la présence et le contact de masses gélatineuses échappées de cer-

tains kystes de l'ovaire ; l'affection ne serait donc jamais primitive, et son pronostic serait bien moins grave qu'on ne l'a prétendu jusqu'à ce jour. Cette interprétation s'appuie sur l'analyse microscopique d'un cas observé par l'auteur et sur un nouvel examen des préparations de Hennig.

III. — Le fait suivant a été observé par l'auteur : un kyste de l'ovaire (kyste proliférant) est enlevé à une femme de 40 ans; l'opération ne présente aucune complication, sauf l'abandon, dans l'abdomen, d'une très petite quantité du contenu de la tumeur. Deux ans après, la malade se présente avec une nouvelle tumeur dans l'abdomen ; cette tumeur qui atteint presque le poids de la première, sept livres et demie, ne prend son point de départ ni dans l'autre ovaire qui est parfaitement sain, ni dans le pédicule de l'ovaire enlevé. Elle est formée de la même substance gélatineuse qui constituait la tumeur primitive; cette substance gélatineuse est comme soutenue par de minces cloisons membraneuses (tissu connectif) et présente les mêmes cellules épithéliales que l'on retrouve dans tous les kystes de l'ovaire. Cette substance gélatineuse dépourvue d'enveloppe recouvre tous les organes de l'abdomen et adhère intimement avec eux.

L'auteur voit dans cette reproduction une véritable métastase, contrairement à l'opinion de Werth qui considère ces productions gélatineuses comme le résultat d'une inflammation chronique du péritoine. (Voyez plus haut.)

L'auteur cite deux autres faits. Dans le premier cas, la reproduction a été constatée cliniquement; mais l'autopsie n'a pu être faite. Dans le second cas, il s'agit d'une ovariotomie dans laquelle il enlève, avec une tumeur du ligament large, un noyau du volume d'une demi-noix, inséré sur l'épiploon et présentant les mêmes caractères histologiques que la tumeur principale (caractère des kystes de l'ovaire simples, non papillaires). La petite tumeur était encore, dans ce cas, une métastase. Cette dernière malade est morte quarante-trois jours après l'opération d'un cancer du pancréas. H. DE BRINON.

IV. — Les kystes ovariques contenant des productions cancéreuses ou sarcomateuses dans leurs parois peuvent se généraliser, de même les kystes décrits par Waldeyer sous le nom de kystes prolifères papillaires et considérés par Marchand comme des tumeurs *sui generis* peuvent donner lieu à des métastases. Dans le cas de Baumgarten il s'agissait d'un kyste myxoïde ordinaire. La généralisation se fit surtout sous forme de petites tumeurs grosses comme des noyaux de cerise disséminées sous le péritoine et rappelant de petits kystes hydatiques. La généralisation fut d'autant plus surprenante que le kyste ovarique primitif ne grossissait plus et que même il avait semblé décroître. Cela semble venir à l'appui de l'opinion de Cohnheim qui pense que le degré de malignité d'une tumeur donnée dépend moins de la tumeur même que de l'état de l'organisme tout entier. Mais d'après Baumgarten ce degré de malignité dépendrait surtout de l'énergie proliférative des cellules mêmes du néoplasme. Quand la prolifération est lente, le tissu voisin a pour ainsi dire le temps d'organiser la résistance à l'invasion. Il établit une comparaison entre le développement d'une tumeur et celle des parasites. Tel champignon pathogène se généralisera ou restera localisé, d'après Baumgarten, suivant qu'il proliférera plus ou moins. Cette interprétation lui paraît plus simple que celle de Cohnheim qui fait intervenir une résistance des tissus, résistance indéfinissable et difficile à comprendre. P. GALLOIS.

V. — Schrœder s'était déclaré contre l'abandon d'une partie du kyste

dans l'abdomen et sa suture aux parois abdominales ; il avait, disait-il, observé dans presque tous les cas la récidive, et l'opération radicale s'était finalement imposée. Pour l'auteur ce jugement n'est pas définitif ; l'opération incomplète avec abandon d'une partie du kyste dans l'abdomen et suture des parois du kyste est la méthode la plus convenable dans un certain nombre de cas où la base d'implantation est très large, où les adhérences sont très étendues ; et la pratique de l'auteur semble établir que le danger de récidive, s'il existe, n'est pas au moins très rapproché. L'opération incomplète permet de relever l'état général des malades, et si l'opération radicale est rendue nécessaire par une récidive au bout de plusieurs années, elle peut se faire dans de meilleures conditions. A l'appui de sa thèse, l'auteur présente 7 observations d'ovariotomie avec suture des parois du kyste aux parois de l'abdomen ; la plus récente date de 17 mois ; la plus ancienne de 3 ans et 8 mois. Une des opérées est morte de phtisie pulmonaire quatre mois après l'opération sans récidive ; les autres opérées ont été tenues en observation jusqu'à ce jour et ne présentent aucune apparence de récidive.

Les tumeurs opérées se répartissent ainsi :

2 kystes uniloculaires, largement implantés sur le ligament large ; 1 kyste multiloculaire, absolument immobile dans le petit bassin ; 3 kystes multiloculaires, adhérents, base très large d'implantation ; 1 kyste multiloculaire, adhérences généralisées avec les parois de l'abdomen.

Les inconvénients de l'opération sont sa durée (de 3 à 4 heures en moyenne), la durée de la convalescence (elle a varié de 14 à 68 jours), et la nécessité de pansements quotidiens. L'auteur n'emploie pas le spray ; et après l'ouverture de l'abdomen, l'acide phénique est mis de côté ; on se sert d'eau chlorée.

Rheinstaedter ne met de drains que dans le sac : il a renoncé au drainage du fond du sac et de l'espace de Douglas par le vagin. Les malades gardent d'une façon permanente le décubitus latéral. Le pansement est fait avec de la gaze iodoformée. H. DE BRINON.

VI. — Deux fois Baumgarten a trouvé l'ovaire d'un côté absent. Dans le premier cas on trouvait un corps étranger libre dans le petit bassin et ayant une dureté comparable à celle d'une pierre. Dans le second cas il a trouvé également un corps dur, irrégulier, fortement adhérent à la paroi abdominale antérieure, et ne présentant aucune connexion avec les organes génitaux. Il est probable que ce corps dur représente l'ovaire. Rien cependant dans sa structure ne rappelle les éléments de l'ovaire, il est formé de tissu fibreux. Il est vraisemblable néanmoins qu'il s'agit d'un ovaire altéré. Voici ce qui a dû se produire : l'ovaire à un moment donné a contracté des adhérences avec le péritoine, par le fait de la croissance du bassin il a été entraîné loin de l'utérus, la trompe distendue s'est rompue. Dans un cas on retrouvait en effet un fragment de trompe atrophiée adhérente à l'utérus. Il ne s'agissait donc pas dans ces cas d'une non-formation de l'ovaire, mais d'un véritable arrachement de cet organe. Une fois détaché il subirait une dégénérescence fibreuse qui lui ferait perdre ses caractères. Il pourrait, en outre, comme dans le premier cas observé, rompre les adhérences qui l'avaient fixé au péritoine et devenir libre dans sa cavité. P. GALLOIS.

VII. — 1° Dans son travail, Terrier trace l'histoire de 25 opérations

d'ovariotomie, qu'il a pratiquées, et dont les résultats sont les suivants : 22 guérisons ; 9 morts, dues à une péritonite généralisée. L'auteur passe successivement en revue l'âge et les antécédents de ses opérées, le début et les principaux phénomènes de la maladie, discute les méthodes opératoires qu'il a mises en pratique, et termine par quelques lignes sur les suites éloignées ; sous forme de conclusions, il énonce quelques réflexions cliniques, plus ou moins analogues à celles que lui inspire de nouveau l'examen de 25 autres opérations semblables.

2° Dans la deuxième série, les résultats thérapeutiques sont moins bons : sur 25 opérations il n'y a eu que 16 guérisons ; des 9 décès 8 sont dus à l'épuisement ou à la péritonite et le neuvième à des accidents pulmonaires.

Après avoir, comme à propos de la première série, fait une revue complète des antécédents pathologiques et des phénomènes morbides sexuels de chacun de ses malades, Terrier donne les conclusions suivantes :

L'ovariotomie se pratique d'ordinaire pendant la période sexuelle de la femme, c'est-à-dire de 20 à 40 ans; toutefois il est encore fréquent d'avoir à opérer des femmes arrivées à la ménopause, entre 45 et 55 ans.

Les kystes de l'ovaire influent peu sur la menstruation, les kystes doubles mêmes n'arrêtent pas l'écoulement des règles.

L'ascite considérable indique des tumeurs polikystyques végétantes ; en outre, elle peut avoir une origine inflammatoire et serait alors d'un pronostic sérieux au point de vue du résultat opératoire.

La ponction ne doit jamais être négligée, soit pour soulager les malades, soit pour affirmer le diagnostic. Dans quelques cas cependant le diagnostic est tellement net qu'on peut ne pas la pratiquer avant l'opération.

La méthode qui consiste à abandonner le ou les pédicules dans la cavité abdominale est d'un emploi beaucoup plus simple et surtout empêche une complication ultérieure très fâcheuse, l'éventration.

Cette méthode opératoire doit-elle être incriminée dans les cas où sont survenus des accidents ? L'auteur ne le croit pas et il fait remarquer que l'âge des opérées, leur état général grave, et les difficultés opératoires ont joué à cet égard un rôle plus considérable.

Les kystes multiloculaires sont de beaucoup les plus fréquents, et les adhérences soit à la paroi, soit à l'épiploon, sont presque la règle. Le volume, le poids des tumeurs peut être considérable ; il a atteint 23 kilogrammes dans une des observations.

La mort peut survenir exceptionnellement par épuisement, mais le plus ordinairement elle résulte d'une péritonite aiguë suppurée ou non. Parfois il peut se développer une péritonite chronique adhésive, dont la gravité n'est pas encore absolument connue.

Les résultats éloignés d'une double ovariotomie sont, pour la majorité des cas, la cessation absolue des règles, un engraissement parfois anormal, l'apparition de poussées congestives très persistantes et fort gênantes, comme il en survient normalement à l'époque de la ménopause. L'ablation des deux ovaires n'influe pas fatalement sur les appétits sexuels, et ceux-ci peuvent rester entièrement conservés.

3° L'auteur, en publiant la relation d'une nouvelle série de 25 ovariotomies, qu'il a pratiquées, et pour lesquelles il n'a eu que deux morts (deux cas compliqués, kyste inclus dans le ligament large) examine en

détail quelques points intéressants, sur lesquels il a déjà appelé l'attention.

Il passe en revue l'âge des malades compris en moyenne entre 40 et 50 ans, l'influence des kystes sur la menstruation, leurs rapports avec les grossesses et les fausses couches, le début de l'affection qu'il est souvent très difficile de préciser. Parmi les accidents, qui se sont montrés durant le développement des kystes, outre quelques troubles du tube digestif et de la circulation, Terrier relève avec soin les troubles urinaires, exceptionnels d'ailleurs ; puis, expose en détail l'histoire de plusieurs opérations, qui ont présenté différentes complications.

Nous noterons comme particularités le poids des tumeurs enlevées : 33 kilogs, 26, 22, 18, 16 kilogs ; l'apparition d'écoulements sanguins plus ou moins réguliers chez deux opérées de double ovariotomie, etc...

OZENNE.

VIII. — Malade de 28 ans, essentiellement nerveuse. Deux grossesses. Six mois après les dernières couches, vives douleurs abdominales, irradiant dans les lombes et la cuisse, intermittentes et devenant de jour en jour plus intenses : on constate en même temps dans le ventre la présence d'une tumeur globuleuse fluctuante. Le 8 février apparaît une crise, caractérisée par des frissons, des vomissements verdâtres, de la diarrhée, un pouls accéléré et l'augmentation des douleurs abdominales, qui cependant n'atteignent pas le degré de celles de la péritonite, et sont peu exagérées par la pression ; le lendemain il existe une espèce de facies abdominal. Au bout de quatre jours cette crise subit une brusque détente et disparaît.

Dans le mois suivant, deux nouvelles crises semblables apparaissent et mettent la malade dans un état tel qu'on considère la mort comme prochaine, ce qui n'a pas lieu tout accident disparaissant de nouveau au bout de cinq jours.

La tumeur ayant été reconnue un kyste uniloculaire de l'ovaire gauche non suppuré, on pratique l'ovariotomie et l'on constate nettement que le péritoine n'offre ni rougeur ni fausses membranes.

Parmi les suites de l'opération, il faut signaler le retour, 15 jours après, de quelques douleurs dans le ventre et dans la cuisse, qui disparaissent rapidement après la chute du pédicule et des broches.

L'auteur discute en quelques pages la pathogénie de ces accidents, survenus chez une femme nerveuse, hystérique, et les regarde comme des accès de péritonisme; en pareille circonstance ils seraient une indication de l'ovariotomie. OZENNE.

IX. — Les causes de l'inclusion des kystes de l'ovaire se distinguent en : 1° *anatomiques et physiologiques :* (*a*) existence d'ovaires surnuméraires ; (*b*) présence de la couche ovigène et de l'épithélium germinatif entre les feuillets du mésovarium ; (*c*) absence ou étalement du mésovarium ; (*d*) congestions menstruelles ou de la grossesse ; 2° *pathologiques :* (*a*) congestions d'origine pathologique et dilatations vasculaires ; (*b*) processus d'ovarite, de périovarite et de pelvipéritonite ; (*c*) transplantation de l'ovaire et ses déplacements.

On soupçonnera une tumeur interligamentaire quand l'utérus sera remonté au-dessus des pubis et que la tumeur, peu mobile, sera sentie par le toucher rectal ou vaginal.

D'après une statistique comprenant 123 observations, les kystes intraligamentaires seraient plus sujets aux dégénérescences malignes.

Le traitement de choix est l'énucléation d'après la méthode de Kœ-

berlé; parfois les adhérences pelviennes peuvent être assez intimes pour faire rejeter cette méthode et nécessiter l'ovariotomie incomplète qui n'est d'un bon pronostic que dans les cas des kystes uniloculaires.

P. PARISOT.

X. — L'auteur étudie la ligne de conduite de l'opérateur quand il se trouve en présence de kystes enclavés dans le ligament large.

Ces kystes multiloculaires et sans pédicule ne doivent pas être confondus, au point de vue opératoire, avec les kystes para-ovariens. Leur pronostic est plus grave que celui des kystes pédiculés, et même des kystes adhérents par inflammation.

Le diagnostic de l'enclavement est difficile, et même le plus souvent impossible avant l'opération.

L'opération d'ovariotomie est alors rendue difficile et périlleuse à cause de l'absence de pédicules. On doit choisir entre deux méthodes : l'énucléation ou décortication de la partie du kyste enclavé, quand cela est possible ; l'ablation incomplète du kyste. Si l'ablation ne peut être qu'incomplète, il est nécessaire de fixer la partie restante du kyste à la plaie abdominale, de nettoyer exactement la cavité, et d'assurer, au moyen de tubes volumineux plongeant dans les anfractuosités, l'écoulement des liquides. Cette opération incomplète expose à la septicémie, à la péritonite purulente par voisinage et à l'épuisement de la malade par suppuration prolongée. Il expose aussi au bourgeonnement continu de la partie kystique, empêchant la guérison. Celle-ci n'est souvent qu'apparente ou temporaire, car elle peut être suivie d'une récidive aux dépens des débris du kyste.

Dans la discussion, Terrier a rapporté 7 observations relatives à la même complication. Dans tous ces cas l'opération a pu être complètement terminée. L'auteur fait remarquer que le pédicule ordinaire est formé par la réunion des vaisseaux utéro-ovariens en des utérins provenant surtout de l'angle de l'utérus. Le pédicule s'élargissant tend à se dissocier et l'on peut en observer deux, l'un utérin, l'autre utéro-ovarien. Le kyste s'insinuant au sein du ligament large dédouble ces lames et pénètre quelquefois jusqu'au plancher pelvien, parfois même le dédoublement se poursuit en avant et le kyste se développe jusqu'en avant du rachis.

XI. — Dans une deuxième communication, Terrillon présente un kyste ovarique contenant avant la ponction plus de 3 litres de liquide brun, caractéristique des kystes multiloculaires. Sur cette pièce, recueillie à l'amphithéâtre, on constate bien que la tumeur s'est infiltrée dans le ligament large pour se développer dans son épaisseur; en disséquant la tumeur, on la trouve bien adhérente au péritoine et au bout de l'utérus, et surtout confondue avec la paroi de l'uretère correspondant. Ce dernier comprimé et aplati par la tumeur avec une grande étendue est dilaté vers sa partie supérieure, et il existait un commencement d'hydronéphrose. JULLIEN.

XII. — Résumé et histoire raisonnée de 35 ovariotomies ayant donné 31 guérisons. Deux points de ce mémoire ont donné lieu à une discussion : c'est d'abord celui qui a trait au diagnostic des adhérences ; l'auteur dit que les femmes atteintes de kystes et qui ont chaque soir une certaine élévation de la température accompagnée de vagues douleurs

abdominales sont celles chez lesquelles on doit craindre la présence d'adhérences. Verneuil et Tillaux contestent cette assertion et pensent que toutes les données mises en avant jusqu'ici pour le diagnostic des adhérences sont incertaines; illusoires, dit Championnière.

Quant aux petits abcès que l'on voit parfois se produire autour des fils à suture, Championnière les rattache nettement à la septicité de la plaie; Terrier incrimine la malpropreté des instruments à l'huile dont on les enduit.

Les contre-indications de l'ovariotomie sont devenues actuellement de plus en plus rares à mesure que l'opération a donné des guérisons plus nombreuses. L'auteur a opéré toutes les malades qui se sont présentées à lui, à moins de contre-indication absolue tirée de la maladie d'un organe important.

Les adhérences anciennes et résistantes ne paraissent plus être un obstacle ni à l'opération ni à la guérison.

Les opérations incomplètes, quelles que soient leur gravité primitive ou leurs chances de récidive quand il s'agit de kystes multiloculaires, peuvent encore permettre la guérison ou la prolongation de l'existence. Dans 4 opérations incomplètes, il s'agissait de kystes infiltrés dans le ligament large. FÉRIS.

XIII. — Terrillon a observé 7 cas de kystes para-ovariens, dont 6, ponctionnés une première fois et guéris en apparence, récidivèrent au bout d'un temps variable. En réunissant les 71 observations, publiées jusqu'ici, de kystes de ce genre, il a pu noter 38 cas où la récidive s'est faite dans un délai de quelques mois à une ou deux années après la ponction. Toujours il y avait eu quelques mois de guérison apparente. Il n'y a guère qu'une douzaine de cas où la guérison a pu être regardée comme définitive après une seule ponction. La ponction ne peut donc être regardée que comme un moyen palliatif et c'est à l'opération l'ablation, du kyste, qu'il faut avoir recours pour être assuré de la guérison radicale.

A. C.

XIV. — Chez une femme de 35 ans, présentant les signes d'un kyste de l'ovaire uniloculaire, Jeannel retire, avec l'aspirateur Potain, 1,700 grammes d'un liquide clair caractéristique d'un kyste para-ovarien.

A la fin de la ponction, la malade est prise d'une syncope qui dure un quart d'heure et de douleurs vives dans l'abdomen, lesquelles se prolongent deux à trois heures. Le ventre se ballonne pendant quatre jours.

Trois mois plus tard, la tumeur était reparue. Cette fois, Jeannel, après aspiration de 2,100 grammes de liquide, fait dans le kyste un lavage avec 900 grammes d'eau phéniquée au 1/500 et, après aspiration de cette eau, pousse dans la poche 560 grammes d'une solution iodée tiède à 5 0/0.

Déjà, pendant le lavage phéniqué, la malade accuse une sensation désagréable d'étourdissement et de fourmillement dans les doigts.

Après l'injection de la solution iodée, Jeannel veut réaspirer le liquide injecté; pas une goutte du liquide ne sort. En même temps se déclare une syncope inquiétante; la respiration est longue, bruyante, désordonnée; la face est blême, le corps est recouvert d'une sueur visqueuse; le pouls est presque insensible. L'auteur se hâte de refaire deux nouvelles ponctions pour retirer la solution iodée. Même insuccès de l'aspiration; quelques gouttes de solution iodée et un peu d'écume sortent seulement par la canule. Celle-ci est définitivement retirée, et le liquide abandonné dans l'abdomen.

Alors commence une lutte acharnée et persévérante contre cet état syncopal, dont la gravité va toujours s'accentuant.

L'opération avait lieu à 2 heures de l'après-midi, et à 1 heure du matin seulement la malade pouvait être considérée comme hors de danger immédiat.

A 10 heures du soir, le refroidissement était général; le pouls, insensible; la langue et le nez étaient glacés. Les injections d'éther, les applications chaudes, l'électricité, les lavements à l'acétate d'ammoniaque raniment la malade.

A 11 heures, selle abondante, la malade remue un peu et se plaint. Conjonctivite iodique. A partir de ce moment, tout s'améliore, et, à 1 heure du matin, première parole.

Le lendemain, il n'y avait plus que de la prostration et de la faiblesse. Le ventre est excessivement douloureux et ballonné.

Les jours suivants, il se produit des phénomènes d'iodisme très accusés sur toutes les muqueuses, et en particulier sur la muqueuse bronchique, dont l'inflammation persista la dernière pendant une quinzaine de jours.

A l'époque où Jeannel communiquait son observation, il n'était pas en mesure de dire si, après avoir échappé à ces graves accidents, sa malade était guérie de son kyste.

Conclusions de l'auteur : 1° L'injection iodée après ponction d'un kyste para-ovarique peut être suivie des accidents les plus graves ;

2° Ces accidents sont mal connus ; l'ovariotomie eut certainement procuré la guérison, c'est-à-dire le succès thérapeutique, sans que le succès opératoire ait coûté plus cher. JULLIEN.

XV. — Une femme de 63 ans entre dans le service de Billroth avec un kyste de l'ovaire. Une ponction extrait 7 litres d'un liquide ayant l'apparence d'une émulsion assez épaisse de graisse. Le kyste se remplit très rapidement ; aussi dix jours après la ponction on fait l'ovariotomie. L'opération fut assez pénible à cause des adhérences multiples et solides de la tumeur. La paroi présente un grand nombre de plaques calcaires dont quelques-unes ont presque le diamètre d'une pièce de cinq francs, ces plaques recouvrent environ le tiers de la surface extérieure du kyste.

Dans la paroi du kyste, qu'il a examinée, l'auteur a rencontré les trois types principaux : calcification, ossification directe, ossification indirecte. Sur les points *calcifiés :* absence de vaisseaux, disparition presque absolue des éléments cellulaires, noyaux calcaires disposés sans ordre, en somme l'apparence générale ne rappelle en rien un os normal. Par contre dans l'*ossification directe :* persistance des vaisseaux, conservation des cellules qui deviennent des ostéoplastes avec prolongements canaliculés. L'apparence est celle d'un tissu osseux normal dont tous les éléments seraient augmentés de volume. Enfin dans l'*ossification indirecte* l'apparence est sensiblement la même, seulement les cellules se sont considérablement multipliées, en même temps que la substance intercellulaire s'augmentait. Cette forme d'ossification se rencontrait surtout au niveau des adhérences. Pour montrer l'importance de la vascularisation sur la production soit de la calcification soit de l'ossification, l'auteur a fait dessiner une préparation dans laquelle se voit un vaisseau. Au voisinage du vaisseau on voit des ostéoplastes (ossification), à mesure qu'on s'en éloigne les ostéoplastes disparaissent et l'on a la calcification.

XVI. — Une enfant de 14 ans est opérée pour un kyste de l'ovaire. Le péritoine présente des lésions tuberculeuses, la paroi du kyste elle-même offre également des tubercules, la trompe du côté de la tumeur (côté droit) contient

un noyau caséeux. L'examen des tubercules démontre l'existence de cellules géantes caséifiées, on ne peut par la méthode d'Ehrlich reconnaître de bacilles. Baumgarten cependant n'admet pas qu'il s'agisse d'une lésion syphilitique et pense que ces nodules sont des tubercules véritables. Il fait remarquer que la tuberculose de l'ovaire est une lésion rare. La malade a guéri par première intention, est sortie de l'hôpital 14 jours après l'opération et 6 mois après se portait encore parfaitement. P. GALLOIS.

XVII. — Une femme de 32 ans portant un kyste de l'ovaire dans la partie latérale droite de l'abdomen a eu une première grossesse normale suivie d'un accouchement facile et à terme. Quelques années plus tard elle devient enceinte de nouveau, elle ne présente aucun malaise sympathique sauf quelques douleurs d'estomac, mais son ventre est très volumineux. Heydenreich retire par une ponction sur la ligne blanche 4 litres de liquide couleur chocolat. Le kyste, qui n'avait pas été ponctionné depuis 18 mois, se trouvait appliqué à la manière d'une demi-sphère sur la paroi antérieure de la matrice et masquait un utérus gravide de 6 à 7 mois. Après cette ponction on sent les mouvements actifs du fœtus, on entend le bruit de souffle, mais on ne perçoit pas nettement les battements du cœur de l'enfant, probablement à cause de la présence des parois du kyste en avant de l'utérus gravide.

La grossesse ne semble pas avoir accéléré le développement du kyste de l'ovaire et celui-ci n'a nullement entravé le cours normal de la grossesse.

P. PARISOT.

XVIII. — Louise V..., 74 ans, porte depuis un temps indéterminé une tumeur abdominale, arrondie, du volume d'une tête d'adulte, fluctuante, offrant les caractères d'un kyste uniloculaire de l'ovaire. La ponction donne issue à un liquide blanc jaunâtre, semblable à de l'huile. Au bout de quelques instants l'écoulement s'arrête, par suite de sa coagulation dans le tube respirateur, et n'est de nouveau obtenu qu'après avoir plongé l'appareil dans un bain d'eau chaude : 400 grammes de liquide sont rétirés.

Ce liquide présente la plus grande analogie avec l'huile d'olives pure; il est d'un jaune ambré, d'une transparence parfaite, et tache le papier à la manière des corps gras.

Entièrement soluble dans l'éther, il n'éprouve aucune modification par l'acide nitrique; par le refroidissement il se prend en une masse solide, blanc jaunâtre, analogue au beurre de cacao :

Au microscope, ni corpuscules figurés, ni cristaux.

A la suite de cette observation, viennent deux autres cas, l'un de Merriman (1819) et l'autre de Bostock (1819), présentant quelque analogie avec le fait rapporté par Delens. OZENNE.

I. — De la castration de la femme en chirurgie (Opération d'Hegar ou de Battey), par TISSIER (*Thèse de Paris*, 1885).

II. — De l'ablation des ovaires dans le traitement des fibro-myomes utérins et des ménorragies incoercibles, par DUPLAY (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, *XIV*, *n*° 22).

I. — Considérant tout d'abord le syndrome dysménorrhéique dans ses trois variétés (dysménorrhée congestive, obstructive et nerveuse), Tissier aborde en premier lieu l'histoire de la castration comme traitement des fibromes utérins, dont il a pu recueillir 171 cas, qu'il résume en un tableau.

Signalant ensuite 14 opérations pratiquées pour des métrorragies incoercibles, puis 19 autres semblables pour des occlusions congénitales

ou acquises des voies génitales, il analyse et discute les nombreuses observations d'état nerveux hystériforme qu'on a traités de la même façon, et en quelques lignes conclut ainsi :

La castration, opération essentiellement recommandable dans les cas de fibro-myomes utérins et de métrorragies incoercibles, doit être pratiquée dans quelques atrésies génitales et peut trouver son application dans certains rétrécissements pelviens. On a le droit d'y recourir dans les dysménorrhées nerveuses rebelles à tous les traitements, et qui rendent l'existence insupportable. Mais l'opération est inexplicable dans les troubles névropathiques ou mentaux, dangereuse et sans excuse dans les cas de pelvi-péritonite, criminelle dans la nymphomanie.

Dans les deux derniers chapitres, l'auteur décrit les divers procédés opératoires mis en usage, mentionne les suites et les difficultés de l'opération et clôt cette monographie par un index bibliographique très complet. OZENNE.

II. — Après un historique de la question, l'auteur rapporte les observations de deux malades chez lesquelles l'opération de Battey lui a donné les résultats les plus satisfaisants. Chez ces deux femmes, il s'agissait de ménorragies rebelles symptomatiques d'un fibro-myome : l'ablation des deux ovaires a amené rapidement et définitivement la cessation complète des pertes.

L'auteur résume comme suit les indications de l'opération :

1° L'ablation des deux ovaires est appelée à rendre les plus grands services dans les cas de métrorragies incoercibles, symptomatiques de la présence de corps fibreux de l'utérus ;

2° Quoiqu'elle ne présente pas une très grande gravité, puisqu'elle ne donne pas plus de 14,6 0/0 de mortalité, on ne doit y recourir qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique ;

3° Elle est surtout indiquée dans les cas de fibro-myomes moyens et petits, dans lesquels l'hystérectomie serait parfois impossible et toujours extrêmement grave, sinon fatalement mortelle ;

4° Dans ces conditions, la castration est suivie presque constamment de la cessation complète et définitive des hémorragies, et très fréquemment de la diminution de volume de la tumeur ;

5° La castration est contre-indiquée dans les très gros fibro-myomes et dans les cysto-fibromes pour lesquels l'hystérectomie est seule convenable ;

6° La castration doit toujours être double, et il est utile d'enlever en même temps que l'ovaire le pavillon de la trompe de Fallope.

GASTON DECAISNE.

An unusual sequela (insanity) of ovariotomy (Folie, suite d'ovariotomie) par BARWELL (*Med. Times*, p. 391, 21 *mars* 1885).

Barwell enlève à une femme, âgée de 29 ans, l'ovaire gauche avec un kyste. Les trois jours suivants, le flux menstruel revint, avec une légère hématurie, qui cessa alors. Le septième jour, la malade, qui était d'un naturel très docile, montra un caractère contradictoire et agressif Puis elle devint si violente, qu'on fut obligé de lui donner du chloroforme. Lentement la raison revint ; un mois après l'opération, on pouvait considérer la malade comme saine d'esprit.

Point d'antécédents de folie dans la famille.

Le genre de folie n'était point celui qui s'observe dans les états anormaux des organes générateurs. Peut-être y a-t-il analogie entre la folie puerpérale et ce trouble mental. Plusieurs autres exemples existent : aussi n'est-ce point une simple coïncidence.

Bryant a observé deux cas de folie survenus dans la convalescence d'une ovariotomie, tous deux guéris.

Doran rapporte qu'une femme mariée, chez laquelle se développèrent des signes de folie, trois semaines après une ovariotomie double, resta folle.

Meredith a observé de la manie, qui, survenue quatre semaines après l'opération, persista deux mois.

Edis a vu un cas de mélancolie à la suite d'une ovariotomie.

MAUBRAC.

I. — Ueber die Enucleation interstitieller Myome, par SCHRŒDER (*Berliner klinische Wochenschrift, 9 juin* 1884).

II. — Ablation d'un fibrome utérin sous-séreux, par KALTENBACH (*Ibidem,* 2 *juin* 1884).

III. — Ueber das Verhalten des Endometrium bei Myomen, par Von CAMPE (*Ibidem,* 22 *décembre* 1884).

IV. — Extirpation d'un myome du col utérin. Mort par rupture du col, par SCHRŒDER (*Ibidem*).

V. — Ueber Fortschritte in der operativen Behandlung der Uterusmyome, par SAENGER (*Ibidem,* 4 *mai* 1885).

VI. — Extirpation d'un myome pelvien de 17 livres. Mort par suppuration d'un myome du col, par M. HOFMEIER (*Ibidem,* 2 *mars* 1885).

VII. — Hystérotomie sus-vaginale, par Aug. REVERDIN (*Revue médicale de la Suisse romande, IV, p.* 318, *juin* 1884).

VIII. — Extirpation d'un utérus pour myome pendant la grossesse, par SCHROEDER (*Berl. klin. Woch.,* 2 *mars* 1885).

IX. — Myomotomie in der Schwangerschaft, rechtzeitige Niederkunft, par Léopold LANDAU (*Ibidem,* 30 *mars* 1885).

X. — Ueber Myomotomie, par MARTIN (*Ibidem,* 27 *octobre* 1884, *et Arch. f. Gynæk., XXV, Heft* 1).

XI. — Ueber die Stielversorgung nach Myomoperationen, par A. MARTIN (*Ibidem,* 12 *et* 19 *janvier* 1885).

I. — Quand on a affaire à des myomes sous-séreux simples et plus ou moins pédiculés, il suffit, pour les enlever, d'exercer une constriction provisoire sur le lieu de leur implantation et ensuite de suturer celui-ci par des points étagés.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs développées profondément dans l'utérus, il faut tout d'abord lier les vaisseaux ovarques de chaque côté et sectionner les annexes utérins. Puis on applique le lien élastique aussi bas que possible sur l'utérus ou le col, et enfin on enlève la tumeur entouvrant la cavité utérine.

Si le myome s'est développé surtout dans le tissu conjonctif du bassin, on commencera par fendre largement la capsule formée par le péritoine ou par l'utérus et l'on énucléera la tumeur. Cela fait, on peut passe un tube de caoutchouc autour de l'utérus pour faire un pédicule.

Une fois la capsule incisée, la tumeur s'énucléera bien, lors même que ce serait un myome interstitiel du col, volumineux et pénétrant profondément dans le petit bassin. Dans un cas semblable, Schroeder a pratiqué le drainage vaginal, mais l'opérée a succombé à une péritonite septique.

II. — Il y a un an, un chirurgien qui avait commencé à opérer cette femme y renonça à cause des adhérences à la paroi abdominale. Kaltenbach pratiqua l'amputation sus-vaginale de l'utérus en fixant le moignon au dehors du péritoine; des hémorragies l'ont en effet empêché d'abandonner le pédicule dans la cavité abdominale. La guérison eut lieu sans incident. Le fibrome, qui pesait 3 kilos, était placé sous le péritoine au niveau du fond de l'utérus.

III. — Von Campe a trouvé qu'en cas de myomes, la muqueuse utérine présente des altérations inflammatoires intenses : elle est gorgée de sucs, œdemateuse, rouge vif et presque toujours très étalée. Ce sont à peu près les mêmes lésions que dans l'endométrite fongueuse chronique. Parfois, il y a des extravasats sanguins sans modification appréciable des vaisseaux, parfois aussi le tissu intra-glandulaire offre un début de métamorphose régressive. Les lésions semblent plus marquées à l'endroit où siège le myome. Von Campe regarde ces altérations de la muqueuse comme les effets de l'irritation due à la présence de la tumeur.

Dans la discussion, *C. Ruge* constate qu'il a vu exactement les mêmes lésions.

IV.— Le myome, de la grosseur d'une tête d'enfant, était inséré à la partie supérieure du col. Immédiatement après l'accouchement, il se laissait facilement énucléer. Mais lorsque, plus tard, Schroeder voulut l'enlever, l'opération fut très laborieuse et nécessita des pressions énergiques de l'extérieur qui entraînèrent une rupture du col à laquelle la femme succomba.

V. — Saenger a établi une nouvelle classification anatomique des myomes de l'uterus et de ses ligaments, en s'efforçant de la faire correspondre aux procédés si variés d'intervention chirurgicale.

A. *Corps utérin.* — 1° Myomes intrapéritonéaux : *a*) sous-séreux (pédiculés par un cordon musculaire); *b*) interstitiels et du fond (pédiculés par le corps de l'utérus); 2° myomes intra-utérins : *a*) interstitiels; *b*) sous-muqueux (pédiculés par le col utérin).

B. *Col de l'utérus.* — 1° Myomes anté et rétro-cervicaux et rétro-vaginaux; 2° myomes primitivement intra-cervicaux et intra-vaginaux; 3° myomes secondaires provenant de tumeurs originairement sous-mu queuses du corps.

C. *Ligaments larges et tissu sous-séreux du péritoine.* — 1° Myomes intra ligamenteux du corps; 2° myomes intra-ligamenteux du col (à déve loppement ultérieur sous-péritonéal et rétro-péritonéal); 3° myomes primitifs des ligaments larges.

D. Myomes des ligaments ronds.

Voici maintenant le tableau des différentes opérations pour myomes, avec l'indication des rubriques de la classification précédente auxquelles elles sont applicables.

A. *Laparo-myomotomie.* — 1° Amputations de myomes sous-séreux

pédiculés; 2° amputation sus-vaginale de l'utérus : *a*) avec traitement extra-péritonéal du pédicule; *b*) avec abandon du pédicule; 3° énucléation du myome après laparotomie; 4° extirpation de la totalité de l'utérus.

B. *Colpo-myomotomie.* — 1° Énucléation par incision vaginale antérieure ou postérieure; 2° ablation de myomes pédiculés; 3° énucléation de myomes capsulés à large implantation, mais seulement quand le col est effacé; 4° extirpation totale par le vagin.

C. *Laparo-myomotomie et énucléation ou ablation* des myomes sous-péritonéaux du corps, du col ou des ligaments : *a*) ablation avec formation d'un pédicule, énucléation inutile; *b*) énucléation avec formation d'un pédicule au moyen du col et abandon de ce pédicule; *c*) énucléation avec froncement bursiforme du péritoine : α) traitement extra-péritonéal du pédicule; β) suture, drainage vaginal.

D. 1° Castration; 2° ligature atrophiante des vaisseaux ovariques; 3° ligature des vaisseaux afférents.

De toutes ces opérations, la plus importante est l'amputation sus-vaginale de l'utérus.

VI. — M. Hofmeier présente un myome pesant 17 livres, qui a été énucléé du tissu conjonctif pelvien. Il est résulté de l'opération une vaste cavité qui, à l'aide d'une suture continue au catgut, s'est réunie linéairement sans trace de péritonite. Mais il existait en outre, dans la paroi postérieure du col utérin, un autre myome, de la grosseur d'une orange, dont la suppuration a fini par entraîner la mort de l'opérée au bout de 6 semaines.

VII. — Femme de 42 ans, dont la cavité pelvienne était remplie par un fibrome peu mobile, inséré à la partie supérieure de la face postérieure de l'utérus et qui, en comprimant le col vésical, déterminait des crises de rétention d'urine. Les courants constants et l'ergotine s'étant montrés impuissants, A. Reverdin fit la laparotomie. Au cours de l'opération, il reconnut l'existence d'un autre fibrome, de la grosseur d'un œuf, implanté directement sur l'utérus un peu au-devant de la tumeur principale.

Devant l'impossibilité de pédiculiser suffisamment le gros fibrome, Reverdin se décide à pratiquer l'hystérotomie sus-vaginale. Une douzaine de ligatures sont jetées sur les ligaments larges; deux autres sur l'utérus et une troisième, comme ligature de sûreté, au-dessous de celles-ci. A 2 centimètres au-dessus des ligatures, l'utérus est amputé au bistouri. La surface de section est, à coups de ciseaux, convertie en une dépression conique dont le centre et le sommet sont formés par la cavité utérine. Reverdin rapproche les bords de cet entonnoir et les coud ensemble par 7 fils de soie et de catgut. Les ovaires sont enlevés facilement avec une double ligature et une ligature de sûreté sur chaque pédicule. Péritoine suturé au catgut, parois abdominales à la soie. Par l'angle inférieur de la plaie sortent les 3 ligatures du pédicule utérin. Mort par péritonite 64 heures après l'opération.

Autopsie. — A la face profonde de l'incision abdominale, la suture péritonéale est relâchée vers le bas. Épanchement sanguin dans l'abdomen. Le moignon à gauche du pédicule utérin est recouvert d'un caillot; la ligature des veines de ce ligament large était insuffisamment serrée. Les restes des trompes ont une coloration verdâtre.

VIII. — Schroeder présente un utérus enlevé par la laparotomie et de volume colossal, grâce à la présence de myomes multiples. L'opérée se trouvait enceinte de 3 mois et, depuis sa grossesse, les accidents s'étaient beaucoup accrus. L'opération s'effectua sans incidents, mais la femme avorta. Guérison.

IX. — Femme de 33 ans, au cours du 3e mois d'une première grossesse. Laparotomie pour une tumeur située à droite de l'utérus et qui s'accroît

rapidement en occasionnant de vives douleurs. Durant l'opération, outre ce fibrome qui a le volume d'une petite tête d'enfant, on en trouve un de la grosseur d'un œuf de poule, du côté gauche ; l'un et l'autre sont sous-péritonéaux. La grosse tumeur est attirée avec des pinces de Muzeux pour la pédiculiser, puis une ligature élastique est appliquée autour de sa base, au niveau de la paroi utérine ; on enlève la masse et on referme la perte de substance du péritoine. De même pour la petite tumeur du côté gauche. 6 sutures pour le péritoine abdominal, 5 pour les parois superficielles. L'opération a duré une heure ; les suites en furent des plus simples. La grosse tumeur pesait 3 livres. 5 mois après l'opération, il y eut formation d'un petit abcès intra-abdominal qui guérit après élimination d'une suture. Néanmoins la grossesse arriva à son terme normal.

Depuis lors (3 ans) la femme n'est pas redevenue enceinte, ses règles sont régulières et on ne remarque rien autre d'anormal qu'une légère inégalité sur le bord droit de l'utérus.

D'après Hofmeier (*Die Myomotomie dargestellt an* 100 *in der kgl. Universitaets-Frauenklinik zu Berlin ausgeführten Operationen*, Stuttgart, 1884), 6 opérations d'ablation de myomes ont été pratiquées dans le cours de la grossesse : 3 par Schrœder, les 3 autres par Hegar, Kaltenbach et Wasseige. Chez la femme de Hegar, bien que la tumeur s'implantât assez largement, l'utérus fut laissé, mais l'opérée succomba. Kaltenbach et Wasseige ont enlevé l'utérus gravide en même temps que la tumeur ; Kaltenbach traita le pédicule au dehors de la cavité péritonéale et la femme guérit. Wasseige réduisit le pédicule et son opérée succomba. Dans sa première opération, Schrœder enleva un myome gros comme deux têtes d'enfant et plusieurs tumeurs plus petites. La grossesse parvint à son terme normal et la femme accoucha d'un enfant vivant. Dans sa deuxième opération, Schrœder extirpa avec succès l'utérus gravide en même temps que la tumeur. Enfin la troisième est celle relatée plus haut nº VIII, le fibrome, gros comme une tête d'adulte, était implanté sur le côté gauche de l'utérus au niveau de l'orifice interne du col. (*R. S. M.*, XVII, 616 et XX, 624.)

X. — Martin a fait 60 myomotomies comprenant 33 amputations de l'utérus, 14 extirpations de tumeurs sous-séreuses, 8 énucléations péritonéales de myomes intra-pariétaux et 5 ablations de tumeurs intra-ligamenteuses. La mortalité opératoire, qui s'atténue de plus en plus, est encore de près de 38 0/0.

XI. — Martin envisage successivement le traitement du pédicule pendant et après l'opération. Durant l'opération, on recourt de plus en plus à la constriction provisoire du pédicule au moyen d'un tube de caoutchouc. Contrairement à ce qu'on dit généralement, ce n'est pas Kleberg mais bien Martin qui en a eu le premier l'idée en 1877. La seule objection faite à ce traitement est qu'il favoriserait les thromboses, mais Martin ne croit pas que dans les cas malheureux d'Olshausen, la constriction élastique du pédicule ait eu une grande influence.

Quant au traitement définitif du pédicule, il y a lieu de tenir grand compte de la forme de fibrome à laquelle on a affaire. A cet égard, Olshausen, Kaltenbach, Schrœder et Hofmeier séparent les tumeurs sous-séreuses qu'on détache facilement au niveau de leur pédicule des tumeurs interstitielles où l'on est obligé d'enlever, en même temps, une portion plus ou moins considérable du corps ou du col de l'utérus. Martin est partisan

de cette distinction. Il a fait 14 myomotomies pour tumeurs sous-séreuses pédiculées : ses trois premières opérées ont seules succombé, 2 par septicémie. La troisième était une femme enceinte de 6 mois qui avorta le 7e jour et succomba dans la journée.

A la suite de ces myomes pédiculés, viennent les myomes interstitiels qu'on peut détacher de leur lit, lequel est ensuite suturé. Martin a pratiqué 8 myomotomies de cette nature, dont 3 ont été suivies de mort : l'une des malades, au moment de l'opération, avait déjà de la fièvre causée par la suppuration de sa tumeur. Les deux autres, profondément anémiées, ont succombé au début du 3e jour par paralysie cardiaque. Deux de ces opérées n'ont guéri qu'après une série d'abcès pour éliminer des ligatures et même l'une d'elles dut ultérieurement subir l'amputation sus-vaginale pour récidive.

Pour ces deux premières catégories de fibromes, le mode de traitement du pédicule n'a pas grand intérêt. Il devient, au contraire, important lorsqu'en même temps que la tumeur on se voit contraint d'enlever plus ou moins du corps ou du col utérin. Les partisans du traitement extra-péritonéal du pédicule font valoir qu'il met à l'abri des hémorragies et de la septicémie. Mais ils perdent de plus en plus de terrain ; Schrœder et Martin préfèrent le traitement intra-péritonéal qui est plus facile et raccourcit beaucoup l'opération. Pour assurer la fermeture exacte du canal cervical Martin procède de la façon suivante : avant l'opération, désinfection aussi complète que possible de l'utérus et du vagin. Dès que la muqueuse apparaît sur la section, des éponges montées empêchent que le contenu de l'utérus ne se déverse sur le champ opératoire. La muqueuse mise à découvert est touchée avec des éponges imbibées de sublimé ou d'acide phénique. Puis cette muqueuse est excisée avec son entourage jusqu'au niveau de la constriction élastique. La perte de substance, ainsi produite, est réunie séparément dans le moignon par un point de cordonnier à la soie. Il résulte de la statistique de Hofmeier, comme de celle de Martin, que la mortalité opératoire est double lorsque la cavité utérine ou cervicale a été ouverte.

Quand Martin a affaire à des tumeurs intra-ligamenteuses, il s'efforce, autant que possible, une fois qu'elles sont extirpées, de refermer la cavité où elles siégeaient. Mais si l'excavation est trop considérable, il la sépare de la cavité péritonéale par une suture et établit un drainage vaginal. Martin a extirpé 10 tumeurs intra-ligamenteuses, 7 avec succès.

Trois fois le myome put être énucléé du tissu conjonctif pelvien sans qu'il fût nécessaire d'enlever plus que la portion de parois utérines immédiatement attenante. La loge de la tumeur put être suturée sans drainage.

1 seule des opérées a succombé au collapsus, grâce à l'anémie et à l'adipose cardiaque persistantes.

Chez une femme, on extirpa, en même temps que la tumeur fibreuse, l'utérus qui était carcinomateux et les ovaires affectés de dégénérescence kystique. La loge de la tumeur fut suturée et l'ouverture du plancher pelvien drainée par le vagin. Guérison.

Enfin, les six autres fois on dut enlever avec le myome le corps de l'utérus ; 2 des opérées succombèrent, l'une par septicémie (sans drainage), l'autre par péritonite par perforation avec gangrène du pédicule.

En résumé, si les perfectionnements que Martin a apportés dans le traitement du pédicule l'ont mis complètement à l'abri des hémorragies, il n'en est pas de même des accidents septiques, qui ont seulement diminué. Il a pratiqué à l'heure actuelle 65 myomotomies. Ses 5 premières, toutes effectuées à domicile, ont été suivies de mort par septicémie. Les 21 suivantes ont compté 8 morts dont 5 par septicémie, soit 23,8 0/0 ; enfin les 39 dernières ont fourni 10 décès dont 6 par septicémie, soit 15,4 0/0.

Cette mortalité est encore très supérieure à celle des ovariotomies, car sur les 104 dernières, Martin n'a perdu qu'une opérée par septicémie. Il pense que cette infériorité des résultats des myomotomies s'explique par le mauvais état général des opérées, par leur anémie et les conséquences qu'elle entraîne : dégénérescence graisseuse et atrophie brune du cœur, disposition aux thromboses, par la plus grande vulnérabilité de leur péritoine qui a perdu de ses facultés de résorption ; c'est en vertu de cette dernière idée, qu'il a imaginé le drainage vaginal prophylactique pendant les 2 ou 3 premiers jours.

Martin présente les résultats opératoires qu'il a obtenus, en excluant toutefois ses 5 premières myomotomies faites sans précautions antiseptiques suffisantes.

En y ajoutant 5 cas d'amputation sus-vaginale de l'utérus pratiquée pour d'autres motifs, dont 4 avec drainage, on a d'une part 32 opérations sans drainage avec une mortalité de 34 0/0 dont 21,9 0/0 par septicémie et d'autre part 33 opérations avec drainage, fournissant une mortalité de 24 0/0 dont 12 0/0 par septicémie. J. B.

I. — Neunzehn (19) Totalexstirpationen des Uterus, par Wilhelm BOKELMANN (*Archiv für Gynækologie, Band XXV, Heft 1*).

II. — Extirpation de l'utérus, par William DUNCAN. Discussion à l'Obstetrical Society of London (*Med. Times, 7 février 1885*).

I. — La méthode adoptée à la clinique de Breslau pour l'ablation de l'utérus cancéreux est la suivante ;

On commence par inciser le cul-de-sac vaginal sur l'une des faces latérales du col, et l'on isole à petits coups de bistouri la face latérale correspondante du col du tissu paramétrique contigu ; au fur et à mesure que la dissection avance, les vaisseaux sanguins sont liés un par un, on ne fait pas de ligature en masse ; les fils de ligatures ne sont pas coupés, mais réunis et ramenés en avant. C'est là le temps le plus important et le plus difficile de l'opération. Lorsque les deux faces latérales du col ont été ainsi disséquées l'une après l'autre, on réunit les extrémités antérieures des deux incisions latérales par une incision transversale, portant sur le cul-de-sac antérieur et avec le doigt on divise le tissu cellulaire lâche qui réunit la vessie et l'utérus jusqu'à ce qu'on arrive au pli péritonéal vésico-utérin. On ouvre ce pli péritonéal et le feuillet antérieur du péritoine est réuni par quelques points de suture avec la paroi antérieure du vagin ; puis à l'aide d'une ou deux applications de crochet sur la face antérieure, on fait basculer l'utérus en avant. Une grosse éponge désinfectée et imbibée de solution phéniquée à 3 0/0 est introduite en avant de l'utérus dans la cavité abdominale et l'on procède à la section des ligaments larges. La section de ces ligaments est précédée de l'application d'une série de ligatures se suivant sans interruption et embrassant la base tout entière de ces ligaments ; la section se fait entre les ligatures

et l'utérus. L'auteur a renoncé à faire la section entre deux ligatures, la quantité de sang fournie par le côté utérin étant peu importante. Il ne reste plus alors qu'à sectionner le cul-de-sac postérieur et l'extraction de l'organe est achevée. La plaie et le vagin sont soigneusement nettoyés et la cavité vaginale est tamponnée avec la gaze iodoformée. Le tamponnement ne doit pas être trop serré. Ce pansement est laissé en place tant qu'il ne se produit ni fièvre ni fréquence du pouls : on ne le renouvelle qu'au bout de 7, 8, 9 jours.

L'ablation de l'utérus cancéreux a été pratiquée 19 fois par Fritsch à la clinique de Breslau : la méthode qui vient d'être exposée a été appliquée dans tous les cas. 2 de ces opérations ont déjà été publiées (*R. S. M.*, XXIV, p. 226). Des 19 opérées, deux seulement sont mortes, soit 10, 5 0/0. La durée du traitement après l'opération a été de 19 jours, au maximum ; 10 jours, au minimum ; 13 jours, 7 en moyenne. 7 opérées ont guéri sans fièvre, c'est-à-dire sans que la température dépassât jamais 38°. 10 ont présenté des oscillations entre 38 et 39. Parmi les 17 opérées qui ont résisté à l'opération, 2 présentaient une extension de l'affection cancéreuse dans les régions paramétriques ; et l'ablation du néoplasme n'a pas été radicale dans ces deux cas. Pour les 15 autres, il est encore impossible de rien affirmer au point de vue de la récidive, la plus ancienne opération ne datant que de 15 mois et la dernière de 2 mois. H. DE BRINON.

II. — A propos de deux opérations d'extirpation de l'utérus par la voie vaginale faites par William Duncan, une discussion intéressante s'est produite à la Société.

D'après la statistique dressée par l'auteur, 137 extirpations par la voie abdominale donnent 38 guérisons et 99 morts (72 0/0) : 276 extirpations vaginales donnent 197 guérisons et 79 morts (28,6 0/0). Dans le sarcome et le carcinome du corps de l'utérus et de la muqueuse du canal cervical, l'opération est indiquée : au contraire, dans le cancer de la portion vaginale, la mortalité est 4 fois plus forte qu'après l'amputation supra-vaginale du col, et les résultats significatifs sont presque semblables (32 0/0 étaient exempts de récidive après 2 ans).

J. Williams note qu'après l'extirpation de l'utérus pour cancer, il y a récidive rapide : la plupart des cas opérés sont des cancers du col et non du corps, et l'amputation supra-vaginale est préférable, ce qui limite l'opération au cancer du corps, de diagnostic difficile. Sur 4 opérations qu'il a pratiquées, une seule malade survécut pour mourir un mois après d'une fistule de l'intestin grêle, qu'on n'avait pu soupçonner, par propagation de l'utérus à l'intestin.

Le cancer du corps est plus commun et plus lent dans sa marche qu'on ne le suppose. La douleur, faible au début, devient plus vive lorsque les tissus profonds sont envahis. La récidive se fait sur la cicatrice et la maladie occupe le siège qu'elle aurait occupé si elle avait suivi sa marche sans être inquiétée.

D'après Thornton, dans le cancer du col, l'extirpation est inférieure à l'amputation et à l'application de chlorure de zinc ; il rejette la méthode vaginale de même que la méthode abdominale.

Doran croit qu'en raison de la disposition spéciale des voies lymphatiques, de l'engorgement du ganglion obturateur, et de l'impossibilité d'enlever par le vagin les ligaments larges dont les lymphatiques doivent être malades, l'opération est à rejeter.

Pour Playfair, dans le cancer du corps seul, l'opération est difficile à

justifier. Il y a 3 ans, il proposa l'extirpation pour un cas semblable et la malade est encore en bon état. Dans l'épithélioma du col, l'ablation des tissus malades, avec application de chlorure de zinc, constitue la meilleure opération. Une femme vécut, soulagée, quatre ans après cette opération.

Pour Priestley, l'opération donne une guérison immédiate ; mais elle favorise l'extension du cancer en enlevant des tissus qui eussent arrêté ses progrès, elle lui permet d'attaquer les parties profondes plus tôt qu'il ne l'eût fait si on ne l'eût opéré.

Galabin est partisan de l'opération. Le cancer du col commence près de l'orifice externe, de là monte dans le canal, de sorte qu'en l'enlevant avec l'écraseur on laisse presque toujours quelque production sur la surface du canal du col, le néoplasme est d'abord de l'épithélioma qui devient rapidement carcinome médullaire : dans le corps c'est d'abord un épithélioma cylindrique. On a plus de chance en raclant un épithélioma qu'un carcinome. L'extirpation doit être employée contre le cancer du corps.

MAUBRAC.

Die Amputatio colli Uteri, par Carl-Jacobi MÜLLER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band XI, Heft* 1).

D'après C.-J. Müller, les indications de cette opération sont plus étendues qu'on ne l'a établi, et le bistouri est préférable à tous les autres instruments.

1° Parmi les néoformations, les indications sont :

a) Le carcinome du col, qui se présente sous la forme dite de végétation en choux-fleurs. Le carcinome glandulaire de la portion constituerait une indication, mais il est trop difficile de le distinguer cliniquement du carcinome du canal. L'ablation totale est donc préférable : il en est de même pour les noyaux carcinomateux de la portion avec muqueuse cervicale saine ;

b) Le sarcome primitif du col, extrêmement rare ;

c) Les myomes du col, et les polypes multiples de la muqueuse cervicale ;

d) Le papillome bénin de la portion vaginale.

2° L'abaissement ou la chute de l'utérus ;

3° La métrite chronique du corps et du col, lorsque les médications ordinaires ont échoué ;

4° L'allongement supravaginal du col, affection qui s'accompagne fréquemment de sténose du col et dilatation ampullaire du canal ;

5° La sténose du col : l'auteur préfère l'amputation à la discision, parce que celle-ci prédispose à l'ectropion de la muqueuse cervicale et à la périmétrite d'origine infectieuse ;

6° Le chancre syphilitique récent.

Les contre-indications sont les affections générales chroniques : maladies du cœur ou des reins, phtisie ou carcinose avancée. Au début de la phtisie, l'opération peut, au contraire, rendre de grands services en supprimant une cause d'épuisement. Les inflammations ou les restes d'inflammation des annexes et de l'enveloppe péritonéale constituent une contre-indication. Il faut surtout se méfier de ces inflammations péritoni-

tiques subaiguës qui paraissent avoir pour point de départ une infection blennorréique. La grossesse ne constitue pas une contre-indication absolue.

Les résultats que donne l'opération dans le cas de carcinomes sont brillants sur le moment, mais la récidive est fréquente. Combinée avec la colporaphie, l'amputation réussit parfaitement contre l'hypertrophie et l'allongement du col.

Les résultats sont excellents dans le cas d'érosion, d'ectropion ou lorsque l'inflammation chronique est limitée au col.

La dysménorrée consécutive au rétrécissement disparaît presque toujours après l'amputation. Quant à la stérilité, les observations de l'auteur sont trop incomplètes pour permettre un jugement.

Dans les ces d'inflammation chronique du parenchyme, surtout lorsque cette inflammation s'étend à tout l'organe, l'amputation ne doit être que le premier acte du traitement.

L'amputation ne crée aucun obstacle pour les accouchements ultérieurs (24 observations) (*R. S. M.*, XIV, 597 et XV, 589). H. DE BRINON.

I. — Some points in the diagnosis of pelvic hœmatocele, par William SMYLY (*The Dublin journ. of med. sc., p.* 479, *juin* 1885).

II. — Five cases of pelvic hœmatocele treated by abdominal section, par Francis IMLACH (*Brit. med. journ., p.* 983, *mai* 1885).

III. — Two cases of salpingo-oophorectomy, par Angus MACDONALD (*Edinb. med. journal, p.* 97, *août* 1884).

IV. — Cystic dilatation of the Fallopian tubes : abdominal section, recovery, par Milne CHAPMAN (*Edinb. med. journ., p.* 204, *septembre* 1884).

V. — Zur Diagnose und Behandlung der Tubenkrankheiten (Diagnostic et traitement des maladies de la trompe), par A. MARTIN (*Archiv für Gynækologie, Band XXIV, Heft* 2).

I. — L'auteur fait remarquer l'obscurité qui règne souvent dans le diagnostic de l'hématocèle. Le nouveau signe sur lequel il attire l'attention (après Dick, de Berne) est fondé sur la présence, dans l'urine et dans les tissus, du pigment sanguin sous forme d'urobiline et d'infiltration ictérique. Il rapporte un cas de Dick dans lequel une femme atteinte de tumeur pelvienne avait des urines très hémaphéiques et la peau jaune tant que la tumeur contenait du sang : après la ponction, ces signes avaient disparu ; nouvelle reproduction de l'hématocèle, nouvelle apparition de l'urobiline, jusqu'au moment où l'on se décide à intervenir chirurgicalement, à ouvrir largement et à drainer la poche, en employant les antiseptiques.

Le cas que publie personnellement Smyly est assez analogue.

Une femme de 31 ans, mère de 11 enfants, éprouve, après un retard de règles, d'une quinzaine de jours, une vive douleur hypogastrique. Trois jours plus tard nouvelle crise de crampes, tympanite abdominale, impossibilité presque absolue d'uriner et d'aller à la garde-robe, sensibilité excessive du bas-ventre. Pouls à 100 pulsations, peau chaude ; on sent une volumineuse tumeur remontant jusqu'à l'ombilic. Ce qui est remar-

quable, c'est l'apparence subictérique de la malade et la teinte jaune des téguments.

La nuit suivante, expulsion de caillots après des douleurs très vives. A partir de ce moment, résorption graduelle de la tumeur et guérison en quelques semaines. L'ictère ne dura que trois jours.

II. — 1° Femme de 33 ans, sans enfants ; fausse couche 4 mois après son mariage; depuis lors, douleurs permanentes, exaspérées, surtout depuis un an. L'abdomen est tuméfié, l'utérus fixé et volumineux; derrière lui, dans l'espace de Douglas, se sent une grosse masse douloureuse qui enclave presque complètement le petit bassin.

Le 28 octobre 1884, ouverture du ventre. On trouve l'épiploon brunâtre : en le soulevant, il s'échappe une quantité de liquide sanglant, brun, mêlé à de vieux caillots, on vide ainsi le petit bassin et après ligature, les trompes de Fallope distendues sont excisées, ainsi que l'ovaire droit kystique; le gauche n'est point découvert. Un drain est passé dans la plaie pendant trois jours. Guérison régulière complète le 25 novembre.

2° Femme de 38 ans, mère de 3 enfants; malade depuis un an : pertes abondantes, douleurs violentes. La cavité utérine mesure trois pouces et l'organe est refoulé en avant, vers le pubis, par une tumeur fluctuante rétro-péritonéale.

Opération le 4 novembre. On trouve l'abdomen rempli de sang noir que l'on retire avec des éponges; puis, à l'aide du doigt, on extrait un demi-litre de caillots fibrineux anciens; enfin, on lie les trompes et les ovaires. Les trompes, comme dans le cas précédent, étaient dilatées et remplies de sang; leurs parois, épaissies et doublées de caillots. La trompe gauche présentait les traces d'une rupture récente à sa partie moyenne. Excision complète des trompes et des ovaires. Guérison le 28 novembre.

3° Femme de 26 ans, 2 enfants. Depuis 18 mois, menstruation douloureuse et profuse; on avait diagnostiqué une double hydropisie des trompes. Opération le 8 novembre. On trouve du sang et des caillots dans la cavité péritonéale : il existe une double hématosalpingite, les deux extrémités frangées des trompes sont enflammées et abcédées, les ovaires sont kystiques et suppurés. Guérison le 26 novembre.

4° Femme de 31 ans, mariée depuis 7 ans, 1 enfant, pas de fausse couche, menstruation toujours pénible. On constate que l'utérus est gros, immobilisé par une volumineuse tumeur fluctuante. Operation le 14 novembre : après avoir épongé le sang du petit bassin, on sent la trompe droite, au-dessus et en arrière de l'utérus, distendue par du sang : cinq onces de sérosité sont retirées de la trompe; cela fait, on l'excise ainsi que son extrémité frangée, enflammée et adhérente à un ovaire kystique et purulent. Comme dans les autres cas, l'extrémité libre de la trompe était oblitérée par un caillot sanguin. Établissement d'un drain à demeure. Guérison rapide.

5° Femme de 25 ans, 3 enfants, accouchements laborieux. Depuis lors, menstruation difficile et douloureuse. Utérus volumineux, refoulé par une tumeur obscurément fluctuante. Le 27 novembre, opération. L'épiploon est trouvé adhérent au bassin. En le déchirant, issue d'une grande quantité de sang brun et de caillots. Les deux trompes sont hypertrophiées, dilatées, remplies de caillots, leurs extrémités frangées sont enflammées et adhérentes aux ovaires, lesquels sont atrophiés. Le cœcum et l'appendice iléo-cœcal sont intimement unis à la trompe droite, ce qui rend l'extirpation de cette dernière difficile. Après extraction des annexes utérins, on s'aperçoit que l'utérus a une déchirure qui donne beaucoup de sang, ce qui nécessite quelques jours de suture. Malgré ces difficultés opératoires, la guérison survient régulièrement.

III. — 1° Il s'agit d'une femme de 33 ans, qui, à la suite d'une fausse couche

compliquée de rétention placentaire, commença à éprouver de violentes douleurs abdominales. Celles-ci persistent sans un instant de tranquillité pendant 20 mois. L'examen local par le toucher indique seulement que l'ovaire droit est volumineux et douloureux.

L'opération est décidée, faite antiseptiquement, et la trompe, ainsi que l'ovaire, enlevés des deux côtés; aucun accident ne survient et la guérison est complète 3 mois après. L'examen des organes enlevés montra une sclérose totale des deux ovaires qui sont fibreux et dépourvus de vésicules de Graaf, tandis que les trompes sont dilatées et remplies de liquide. Cette inflammation chronique de l'oviducte paraît avoir été consécutive à la métrite interne qui suivit l'extraction du placenta.

2° Femme de 35 ans, souffrant du bas-ventre depuis plus de dix ans d'intolérables douleurs qui s'exaspèrent au moment des règles. L'examen vaginal révèle une sensibilité insolite des ovaires qui sont abaissés sur les côtés de l'utérus et augmentés de volume. Après une foule d'essais de traitement infructueux, la castration fut décidée et pratiquée en mai 1884. Malgré quelques difficultés opératoires tenant à l'abaissement des ovaires et à la situation des ligaments larges, l'opération réussit, et au 12ᵉ jour, tous les fils de suture étaient enlevés. Guérison complète à la fin de juin.

L'ovaire était rattaché par des adhérences à la trompe recourbée sur elle-même : il était fibreux, parsemé de petits kystes. La trompe était distendue par du liquide.

L'auteur conclut de ces deux faits que le seul traitement rationnel de ces deux formes chroniques de salpingite avec hydropisie et ovarite est l'ablation des organes malades.

IV. — Femme de 30 ans. A l'âge de 22 ans, elle commence à éprouver des douleurs de bas-ventre qui persistent à l'état subaigu pendant deux ans, et deviennent alors intolérables : vers cette époque le ventre commence à enfler et l'on constate deux tumeurs fluctuantes dans les fosses iliaques. Six mois plus tard, une ponction est faite par le vagin, sur la tumeur droite, opération qui amène de la péritonite et un état fort grave. Pendant deux ans, elle reste dans un état précaire, sans qu'on ose intervenir autrement que par un traitement tonique général.

En 1881, la tumeur gauche, ayant augmenté, est ponctionnée par le vagin; il s'écoule 18 onces de sérosité sanguinolente. Deux mois après, reproduction du liquide et nouvelle ponction, amenant un liquide jaune et albumineux ; en septembre, cinq mois plus tard, troisième ponction donnant lieu à des phénomènes fébriles. A partir de ce moment, pendant deux ans, on constate des alternatives de réplétion et d'ouverture spontanées des tumeurs, produisant des attaques de pelvi-péritonite fréquentes. Finalement, l'état était devenu déplorable : vomissements incessants, tympanite abdominale, amaigrissement; le petit bassin était rempli par une tumeur élastique qui paraissait enclaver complètement l'utérus. Une opération fut décidée.

Le 13 octobre 1883, la malade fut chloroformée, et l'abdomen, ouvert. On trouva deux kystes situés latéralement et intimement unis à l'utérus ainsi qu'aux anses intestinales par des néo-membranes. Après avoir détaché toutes les adhérences et lié les deux pédicules, les tumeurs furent enlevées, non sans une assez forte hémorragie. La malade guérit au bout d'un mois, après avoir présenté quelques accidents inflammatoires.

Les deux kystes étaient constitués par les trompes de Fallope dilatées, et renfermaient un liquide albumineux. L'auteur attribue cette dilatation des trompes à l'atrésie de leur orifice utérin, atrésie soit congénitale, soit produite dans l'enfance par une fièvre typhoïde. H. R.

V.—L'auteur soutient que l'on peut très bien sentir les trompes, même à l'état normal, et les suivre jusqu'aux ovaires; cet examen est encore

plus facile pendant le sommeil chloroformique. Sur 1,000 femmes, l'auteur a trouvé 63 fois la trompe malade : dans la plupart des cas, il s'agit de salpingite se manifestant par le gonflement, la mollesse plus grande et dans les degrés plus élevés par la formation de tumeurs cylindriques et contournées. L'auteur insiste surtout sur deux sortes d'affections : 1° celles qui accompagnent fréquemment les kystes de l'ovaire ; 2° les kystes tubo-ovariens.

Le traitement palliatif employé avec patience peut donner de bons résultats ; mais il y a toujours des cas où il échoue et où il faut en venir à l'ablation des trompes.

L'auteur a opéré 18 tumeurs volumineuses des trompes par énucléation après dissection des adhérences ou par suture du sac et drainage vaginal lorsque le sac ne pouvait être entièrement enlevé. L'opération est plus difficile que l'ovariotomie. Tandis que sur 100 ovariotomies, l'auteur a perdu 3 malades, il en a perdu ici 5 sur 18, dont 4 de septicémie. Dans le cas de grossesse tubaire, l'auteur se déclare partisan de l'ablation précoce du sac par la laparotomie. Il cite un cas dans lequel la rupture du sac ne fut accompagnée d'aucuns phénomènes graves.

Kaltenbach confirme la possibilité de sentir les trompes à l'état normal. Il signale comme caractérisant les tumeurs tubaires, la forme en couronne ou la courbure en U ; ces tumeurs sont fréquemment interrompues et forment des segments en raquette ou des sacs arrondis, qui deviennent de plus en plus gros au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'extrémité abdominale. Il faut aussi tenir grand compte des douleurs intermittentes, à forme de coliques.

Sänger attire l'attention sur l'importance étiologique et diagnostique de la gonorrée dans les affections graves des annexes, et en particulier des trompes. Dans de nombreux cas de gonorrées chroniques, il a constaté des altérations palpables des trompes et des ovaires. 4 fois il a dû pratiquer l'ablation des annexes utérins en raison de ces altérations : il a obtenu dans tous les cas la guérison, mais 2 fois avec épanchement.

Hegar s'étonne que Martin n'ait pas signalé l'examen par le rectum comme un moyen de sentir la trompe facilement, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique. Il signale parmi les signes d'affections tubaires, les battements douloureux de la région inguinale. L'avortement et la puerpéralité sont avec la blennorragie les principales causes des affections tubaires. La guérison est possible dans les cas récents. Dans beaucoup de cas, l'opération est la seule ressource ; elle est difficile et est fréquemment suivie de périmétrite. H. DE BRINON.

Chronic periuterine abcess; its treatment by laparotomy, par Christian FENGER (*Americ. med. Assoc. ; Med. news*, 8 *mai* 1885).

La laparotomie paraît à l'auteur l'opération de choix pour aller à la recherche des abcès péri-utérins. La cavité abdominale ouverte, en ayant soin de laisser une sonde dans la vessie comme point de repère, le foyer de l'abcès est facile à découvrir. On l'entoure d'éponges désinfectées pour prévenir toute irruption de liquide dans le péritoine, et sur le point le plus saillant, le plus fluctuant, on fait une ponction exploratrice avec la seringue hypodermique. Si l'on retire du pus, on fait une ponction aspi-

ratrice et l'on incise ensuite avec le thermo-cautère. Les parois de la poche sont tenues écartées avec des pinces à forcipressure et la cavité nettoyée avec la curette et des éponges trempées dans une solution à 10 0/0 de chlorure de zinc. Si une contre-ouverture paraît nécessaire, il faut tâcher de la diriger sur un cul-de-sac vaginal.

Le foyer une fois bien détergé, les parois doivent être fixées à la paroi abdominale par une double rangée de sutures avec la soie. Le maintien d'un tube à drainage dans la cavité abdominale est subordonné aux lésions et à l'impossibilité de bien unir le sac à la paroi externe. Sans cela, Fenger trouve plus d'inconvénients que d'avantages à ce drain ainsi placé.

Le pansement antiseptique doit être rigoureux ; l'iodoforme est surtout avantageux quand il y a communication avec le rectum. Le pansement doit être changé une fois par jour et le foyer lavé avec la solution antiseptique, de préférence l'acide borique.

Dans les trois cas observés et traités de la sorte par Fenger, il y avait eu ouverture de l'abcès dans le rectum. A. C.

On the circulation in the uterus, with some of its anatomical and pathological bearings, par John WILLIAMS (*Brit. med. j. p.* 747, *avril* 1885).

Voici la conclusion de ce travail :

1° La couche de tissu conjonctif où les artères et les plexus veineux se répandent doit être considéré comme le tissu sous-muqueux de l'utérus.

2° Toute l'épaisseur de tissu comprise entre cette couche conjonctive et la cavité utérine est en réalité la membrane muqueuse de l'utérus ; et la mince couche de tissu qui s'exfolie à chaque période menstruelle (caduque menstruelle) n'est qu'une très petite portion de la muqueuse.

3° Les dispositions des vaisseaux sont telles que la circulation utérine ne saurait être troublée par des causes mécaniques. L'entrée et la sortie du sang se font sur de nombreux points des régions latérales de l'utérus, et dans l'utérus, la direction du courant sanguin est transversale par rapport à son grand axe, et perpendiculaire à sa surface ; en sorte qu'une ligature pourrait être appliquée autour de l'utérus sans affecter la circulation au-dessus ou au-dessous.

La seule ligature qui pourrait avoir une influence fâcheuse serait celle qui intéresserait les ligaments larges et qui enclaverait simultanément une partie des côtés de l'utérus. Or, cette circonstance se rencontre dans le cas de hernies de l'utérus dans le canal inguinal ou dans le cul-de-sac de Douglas, lorsqu'il y a rétroflexion ou rétroversion prolongée. Il faut donc, pour troubler la circulation intra-utérine, ou une hernie de l'utérus, ou une procidence très accentuée : à elles seules les flexions ne suffisent pas pour amener ce résultat : l'auteur l'a prouvé expérimentalement par des injections sur des utérus fléchis artificiellement au maximum. H. R.

MALADIES DES ENFANTS.

Étude sur les scléroses encéphaliques primitives de l'enfance, par RICHARDIÈRE (*Thèse de Paris*, 1885).

Les scléroses encéphaliques consistent en une inflammation avec hyperplasie du tissu conjonctif de ce centre nerveux, ayant pour conséquence l'atrophie de l'élément nerveux. Ces scléroses peuvent être primitives et secondaires ; c'est des premières seules que s'occupe l'auteur, et il les divise en trois groupes :

1° Sclérose lobaire atrophique où le tissu cellulaire de tout ou de partie d'un lobe se sclérose, se rétracte et s'atrophie. Elle constitue la partie originale de la thèse.

2° Sclérose hypertrophique ou tubéreuse de l'encéphale décrite par Breckner, Bourneville et Brissaud.

3° Sclérose en plaques (cas de Marie).

Lorsque la maladie se développe dans les deux premières années de la vie, les seules causes qui méritent d'être invoquées sont des tares nerveuses des ascendants, l'alcoolisme, spécialement de la mère, l'asphyxie pendant le travail. Après deux ans ce sont les maladies infectieuses qui constituent une cause puissante.

La lésion peut occuper tout ou partie d'un hémisphère avec prédilection pour les lobes occipitaux. Lorsque tout un hémisphère est atteint, il tranche par sa diminution d'étendue et de poids sur son congénère. Les noyaux centraux sont souvent pris et atrophiés, et cela probablement secondairement, car jamais on ne les trouve sclérosés isolément, comme on peut le voir pour le tissu cortical. Le cervelet peut être seul atteint, et lorsque sa lésion accompagne celle du reste du cerveau, elle est ordinairement croisée. L'isthme de l'encéphale peut aussi être atteint (Isambert et Robin).

Les circonvolutions malades sont petites, ratatinées, d'une dureté cartilagineuse, et leur blancheur tranche sur le gris des circonvolutions saines; elles se décortiquent généralement avec facilité.

Sur une coupe on constate peu de différence entre la coloration des couches corticale et médullaire, celle-ci étant ordinairement plus malade que la première.

Les méninges sont toujours saines, il y a toujours une certaine quantité de liquide dans l'espace sous-arachnoïdien (*ex vacuo*), les os du crâne sont souvent eburnés. Les lésions dégénératives sont les mêmes que celles qui suivent les lésions encéphaliques vulgaires lorsqu'elles frappent les zones psychomotrices.

Microscopiquement, on constate entre les couches du tissu cortical une couche de tissu conjonctif, tantôt réticulé et tantôt serré, rempli de vaisseaux à lumières dilatées et dont l'adventice est hyperplasiée (Hayem, Marie).

Dans la substance blanche sous-jacente on trouve, disposée par plaques, l'hyperplasie conjonctive très pauvre en éléments nerveux. Le long des vaisseaux lymphatiques on voit des traînées de corps granuleux.

C'est à la rétraction de ce tissu conjonctif de nouvelle formation que l'auteur attribue l'atrophie des éléments nerveux et la diminution de volume de la partie atteinte.

L'élément nerveux est ou atrophié ou absent; dans ce dernier cas la maladie a empêché son développement.

Le même processus a présidé dans la constitution de cette autre forme décrite par Bourneville, Brissaud, Breckner, sous le nom de sclérose tubéreuse, et qui se caractérise par des saillies plus ou moins nombreuses qu'on voit sur la surface du cerveau.

Il faut noter le cas de sclérose mixte cité par Pozzi.

Cette affection débute ordinairement par des convulsions, rarement par la paralysie ou la contracture. Les convulsions rappellent tout à fait celles de l'épilepsie, elles peuvent être générales ou locales. Elles sont bientôt suivies par des paralysies motrices totales ou partielles, souvent sous forme paraplégique, hémiplégique ou monoplégique. De même les contractures subséquentes.

Les réflexes tendineux ont généralement persisté; l'athétose est remarquablement fréquente. La nutrition des membres peut rester normale, souvent il y a atrophie, mais la contractilité électrique a toujours persisté, de même la sensibilité générale. Parfois on voit des troubles oculaires (strabisme) dus à la contracture.

Quelquefois on constate, au début, de la fièvre et de la céphalée, et à la fin des déformations du crâne.

L'affaiblissement ou l'absence des manifestations intellectuelles se montrent bientôt, et si leur réparation partielle se voit quelquefois, ils entraînent plus souvent encore l'idiotie. La durée de cette affection est indéterminée, elle est plus longue dans la sclérose atrophique que dans la sclérose hypertrophique. L'âge peu avancé du malade, la répétition incessante des convulsions, les troubles intellectuels, les paralysies, les contractures coïncidant avec l'intégrité de la sensibilité et la persistance de la réaction électrique, enfin les déformations craniennes permettront de reconnaître et de distinguer l'affection décrite. M. SCHACHMANN.

Double infantile spastic hemiplegia with the report of a case, par Sarah MAC NUTT (*Am. Journ. of the med. Sc., p.* 58, *janvier* 1885).

Il n'existe guère dans la science que trois à quatre cas bien étudiés de double hémiplégie spasmodique infantile; aussi le fait qui a servi de point de départ au mémoire de Sarah Mac Nutt présente-t-il un grand intérêt. Au point de vue clinique, double hémiplégie spasmodique chez une enfant de 2 ans 1/2, avec dyspnée, dysphagie, développement très incomplet de la parole.

Mort par pneumonie; à l'autopsie, atrophie considérable, des deux côtés, des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, du pied des frontales et du lobule paracentral, le tout un peu plus prononcé encore sur l'hémisphère droit.

L'examen histologique montra, au niveau des circonvolutions atro-

phiées, une disparition totale de l'écorce grise, remplacée par un tissu conjonctif finement fibrillaire, riche en noyaux et en corps amyloïdes. Il ne restait plus trace des différentes couches ni des cellules nerveuses de l'écorce. Dans les parties profondes de ce tissu de sclérose, les vaisseaux sont entourés d'espaces périvasculaires énormément dilatés, qui contenaient des leucocytes, de larges cellules granulo-graisseuses, des corps amyloïdes et des hématies. — Dégénérescence secondaire typique des deux faisceaux pyramidaux de chaque côté. — Sept planches représentent les lésions macroscopiques et histologiques décrites.

Un tableau donne ensuite le résumé des 34 cas publiés avec autopsie; toujours on a constaté une atrophie corticale des circonvolutions Rolandiennes.

Bien que les sujets atteints d'hémiplégie spasmodique infantile puissent arriver à un âge avancé, la maladie remonte cependant toujours à la première enfance ou à la vie intra-utérine. Les symptômes caractéristiques sont : l'hémiplégie motrice plus ou moins complète, l'atrophie, les contractures, l'aphasie, qui peut faire défaut, ou le langage monosyllabique, la dysphagie, la dyspnée, enfin l'idiotie, surtout dans les cas bilatéraux.

Au point de vue étiologique, l'auteur discute les théories qui font dépendre l'affection d'un arrêt primitif ou secondaire de développement, d'hémorragies méningées, ou enfin, comme l'admettent Benedikt et Strümpell, d'une polyencéphalite systématique des zones motrices de l'écorce, analogue à la polyomyélite antérieure aiguë de l'enfance. — La lésion causale, quelle qu'elle soit, peut survenir au cours de la vie intra-utérine, ou pendant l'accouchement et par son fait, ou pendant la première enfance. A. CHAUFFARD.

On the case of a child affected with congenital unilateral hypertrophy, and patches of cutaneous congestion, par James FINLAYSON (*Glasg. med. journ*,, *p.* 327, *novembre* 1884).

L'enfant dont Finlayson rapporte l'intéressante observation est une petite fille âgée de 18 mois, le 9e enfant de sa famille, et la seule affectée de cette curieuse anomalie. Dès le moment de la naissance, on note que toute la moitié droite de la face et du corps semble plus volumineuse que l'autre, comme boursouflée, surtout dans les efforts ou les cris, et qu'en même temps les téguments de l'abdomen prennent au-dessus et au-dessous de l'ombilic une coloration pourpre et presque cyanique.

A trois mois, la première incisive latérale droite se montre à la mâchoire inférieure, et successivement 3 dents apparaissent à droite, sans qu'aucune ne sorte du côté gauche.

Actuellement on constate une hypertrophie notable de tout le côté droit de la face et du corps, hypertrophie apparente à première vue, et partout à peu près uniforme, comme le montrent les mensurations comparatives relevées dans l'observation.

L'hypertrophie est exclusivement droite, sauf les trois doigts du milieu de la main gauche, qui sont plus volumineux que les doigts correspondants de la main droite.

Partout au niveau des parties hypertrophiées la température locale est surélevée, et son excès varie de 6 à 2° Fahrenheit.

L'hypertrophie droite semble porter non seulement sur les parties molles,

mais encore sur les os, la moitié de langue, l'amygdale. Pas de différence appréciable pour les artères ou les veines superficielles.

Les plaques de congestion cutanée péri-ombilicale peuvent, quand l'enfant crie, devenir d'un violet foncé, et prendre la coloration d'un nævus sans qu'il y ait de saillie de la peau ou de dilatation veineuse. Des plaques analogues sont disséminées dans le dos, sur le membre inférieur droit, le côté gauche de la poitrine et le coude gauche.

La congestion cutanée en plaques n'est donc pas, comme l'hypertrophie, limitée au côté droit du corps.

Suit une bibliographie très complète des cas analogues. A. CHAUFFARD.

Ueber simulirte Krankheiten bei Kindern (Des simulations chez les enfants), par EROSS (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1884).

L'auteur cite 14 observations personnelles concernant des enfants entre 6 et 14 ans, pour la majorité des filles, qui simulaient des maladies diverses.

Ces simulations sont fréquentes chez les enfants, et si l'on ne peut pas nier la prédisposition des enfants lymphatiques et nerveux, on observe cependant que ce sont surtout les circonstances extérieures qui excitent et entretiennent la simulation chez l'enfant.

On peut ranger en deux classes les formes de la simulation : subjectives et objectives.

Les simulations d'ordre subjectif se manifestent par des douleurs de localisation variable, par des troubles fonctionnels comme l'amaurose, la surdité, etc. ; des céphalalgies, des palpitations, de la dyspnée, de la toux.

Deux caractères principaux appartiennent à cette catégorie, c'est d'abord le retour régulier de la simulation à l'occasion des mêmes causes extérieures (nausée et vomissement chaque fois qu'on sert le plat qui déplaît, p. ex.), et ensuite l'exagération des précautions pour se dominer que prend le simulateur, et qui perce à un examen attentif.

Les simulations objectives portent surtout sur les convulsions, l'épilepsie, les paralysies, et ces simulations sont souvent provoquées en masse par le désir d'imiter.

La découverte de la simulation est souvent fort malaisée dans ces cas; mais, malgré la perfection de certains simulateurs, des irrégularités frappantes ne tarderont pas à faire naître des soupçons.

Dans ces cas le meilleur traitement, suivant l'auteur, serait la démascation, mais celle-ci doit être habilement amenée, ne doit laisser à l'enfant aucun échappatoire et ne sera complète que lorsque l'enfant consentira lui-même à avouer, avec la supercherie, la cause de sa simulation. On trouvera alors que celle-ci consiste ordinairement dans quelque travail fatiguant, dans quelque petite vengeance ou toute autre de même nature.

La douceur, la ruse d'abord, la brusquerie, quelque léger châtiment, s'il est nécessaire, viendront vite à bout du simulateur. M. SCHACHMANN.

Nephritis nach Varicellen, par E. HENOCH (*Berlin. klin. Woch.*, n° 2, p. 17, 14 *janvier* 1884).

La varicelle doit être ajoutée au nombre des maladies infectieuses qui peuvent entraîner à leur suite une néphrite aiguë.

Henoch en cite quatre exemples chez des enfants de 2 à 10 ans.

En général, l'éruption varicelleuse était abondante et fébrile.

Du 8e au 14e jour de l'éruption, il survint de l'anasarque et de l'albuminurie, avec cylindres et épithéliums dans l'urine.

Chez trois des enfants, la complication rénale guérit au bout de quelques semaines, sous l'influence d'une médication à la fois diaphorétique (bains de vapeur) et diurétique (acétate de potasse, eau de Bilin).

L'enfant la plus jeune, une fillette âgée de 2 ans, a succombé à un œdème pulmonaire, mais elle était syphilitique. A l'autopsie, on a constaté l'existence d'une hypertrophie du ventricule gauche et d'une néphrite parenchymateuse récente. J. B.

Variole intra-utérine, par LAURENT (*Lyon méd.*, 15 *juin* 1884).

L'auteur, en rappelant les rares observations de ce genre, discute les conditions dans lesquelles peut se produire la contamination. Il s'appuie, pour admettre la réalité de ces faits, sur les expériences de Straus, Chambrelent, Roux, etc. (Voy. *R. S. M.*, XXV, 72.)

Femme de 24 ans. Pas de syphilis. Enceinte du mois d'octobre 1883, elle soigne un enfant atteint de variole confluente à laquelle il succombe le 28 février. Elle entre à l'hôpital le 26 mars, ne présentant aucune éruption, mais souffrant depuis plus d'un mois de rachialgie lombaire et de céphalalgie. Avortement le soir. Expulsion d'un fœtus macéré, pesant 480 grammes, dont le corps est couvert de pustules nettement ombiliquées, à contenu séro-purulent. A. C.

Quelques cas de zona chez les enfants, par COMBY (*France médicale*, 16 *juin* 1885).

Les cinq observations rapportées par l'auteur comprennent :

1° Un cas de zona lombo-abdominal chez une fille de 8 mois ;

2° Un cas de zona du membre supérieur droit chez un enfant de 21 mois ;

3° Un cas de zona ophtalmique chez une fille de 10 ans ;

4° Un cas de zona thoracique chez une fille de 10 ans ;

5° Un cas de zona plantaire chez un garçon de 10 ans 1/2.

Ce qui se dégage de ces différents faits, c'est la grande bénignité et l'indolence absolue du zona chez les enfants. On sait que, chez l'adulte et le vieillard au contraire, c'est la douleur qui commande le pronostic.

Un autre point à signaler, c'est la perturbation des fonctions digestives, laquelle se traduit par de la diarrhée, de la dyspepsie, de la dilatation stomacale, etc. Mais ces troubles sont de peu d'importance, et le zona, qui est loin d'être rare chez les enfants, guérit chez eux rapidement et comporte un pronostic excessivement bénin. GASTON DECAISNE.

Acute purpura hœmorrhagica in a child, par R.-A. GIBBONS (*Med. Times and Gaz.*, 3 *janvier* 1885).

Il s'agit d'un petit garçon de 3 ans, atteint depuis 18 mois d'entérite chronique avec diarrhée séreuse abondante. Sous l'influence d'un régime approprié et d'un court séjour à la mer, son état s'était sensiblement amélioré. Mais au commencement de juillet 1884, la diarrhée recommença, Gibbons le

trouva dans l'état suivant : le ventre était douloureux : depuis trois jours, l'enfant avait eu 2 ou 3 épistaxis. Sur le sacrum, on voyait une tuméfaction molle, du volume d'une grosse orange, résultant évidemment d'une extravasation de sang; sur la face interne des genoux et sur la face antérieure des cuisses, des tumeurs semblables, mais plus petites; et enfin de petites ecchymoses disséminées çà et là sur les membres. Il n'y avait pas de pétéchies sur la peau, ni d'extravasations sanguines sous le périoste des os longs, T. 37,7.

Les jours suivants, l'enfant rend des selles sanguinolentes, a des épistaxis répétées, puis une hématémèse de 1 litre de sang presque pur, qui amena la mort environ trois quarts d'heure après.

L'auteur fait remarquer, en terminant, que 6 jours avant la mort du petit malade, on avait découvert du pus dans le lait dont il se nourrissait. Ce pus provenait d'une plaie située sur le pis de l'ânesse qui fournissait le lait. J.-B. H.

I. — Un cas de lactosurie, par GAUBE (*Gaz. méd. de Paris*, 6 *juin* 1885).

II. — Melliturie bei einem einjährigen Knaben, par ROSENBACH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 31, 1884).

III. — Geheilter Fall von Diabetes mellitus und insipidus bei einem Säugling, par GARNERUS (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 43, 1884).

I. — Il s'agit d'un nouveau-né, issu de parents sains, qui dès le lendemain de sa naissance fut pris de diarrhée verte, de quelques vomissements qui ne persistèrent pas, et de dépérissement. Bien que nourri par la mère, sauf les 5 premiers jours, l'enfant continua à dépérir et, pendant quelques jours, revêtit l'aspect de l'athrepsique. L'estomac et le foie étaient sains; mais les matières fécales étaient fortement acides, sans odeur ; l'urine était acide, incolore, inodore, ne contenant ni albumine, ni indican, ni acide oxalique ; mais traitée par la liqueur de Fehling, le sous-nitrate de bismuth, la soude caustique, elle fut reconnue contenant une certaine quantité de lactose, ou de galactose, qui disparut vers le vingtième jour, en même temps que tous les accidents cessaient. OZENNE.

II. — Garçon né de parents bien portants, atteint à l'âge de onze mois de la rougeole. Pendant la convalescence survient une abondante éruption de furoncles, dont les uns nécessitent l'emploi du bistouri, tandis que les autres guérissent spontanément. Cependant les forces diminuent, la diarrhée s'installe, on constate de petits foyers de broncho-pneumonie, et au bout de quelques semaines l'enfant meurt.

Au début, l'urine était normale. Pendant l'éruption furonculeuse, on y trouva du sucre et de l'albumine. Le poids spécifique était de 1010. En moyenne, il y avait de 5 grammes à 7gr,50 de sucre par litre ; à la fin la proportion de sucre diminua. Pas de peptonurie. GALLIARD.

III.—Un nouveau-né issu de parents bien portants, pesant 7 livres 3/4 au moment de la naissance, est atteint presque immédiatement de polyurie. On remarque qu'il mouille ses langes de 20 à 24 fois par jour; au bout de trois semaines il pèse seulement 7 livres. La mère n'ayant pu l'allaiter, on le nourrit à l'aide de lait de vache et de gruau. A ce moment, le poids spécifique de l'urine est de 1008 à 1010 ; il y a une quantité notable de sucre.

On remplace alors le lait par le bouillon et les œufs, le sucre disparaît pendant quelques semaines, puis reparaît dès qu'on reprend le régime lacté. A dix semaines, l'enfant ne pèse que six livres.

Le médecin imagine une nouvelle alimentation; il donne du petit-lait additionné de glycérine ; dès lors l'enfant augmente de poids, le sucre ne tarde pas

à faire défaut dans l'urine; la polyurie persiste encore deux mois après la glycosurie, puis elle cède à son tour. L'enfant guérit complètement. L. GALLIARD.

Anémie pernicieuse chez un enfant de cinq ans, par A. KJELLBERG (*Nord. med. Ark.*, n° 13, 1884).

Enfant de cinq ans, très pâle, prostration considérable, dyspnée au moindre mouvement, palpitations, bruit de diastole intense dans les vaisseaux du cou, hémorragies rétiniennes, sang décoloré, cinq cent soixante et onze mille globules par millimètre cube, évolution très rapide de la maladie qui se termina par la mort. A l'autopsie, dégénérescence graisseuse très prononcée du muscle cardiaque, pâleur excessive de la substance cérébrale, hémorragies dans l'épaisseur du cervelet et des poumons, ainsi que dans le péricarde, les plèvres et le péritoine, enfin dégénérescence graisseuse de l'épithélium des tubes rénaux. L'enfant avait vécu dans des conditions d'existence relativement bonnes; aussi l'auteur se rattache-t-il à l'opinion de Warfwinge qui fait de l'affection de Biermer une maladie infectieuse. GIRAUDEAU.

Ueber das Auftreten, die Prophylaxis und die Therapie des Soor und der Intertrigo (Le muguet et l'intertrigo sur les nourrissons; leur apparition, leur traitement pendant les deux premières semaines), par August WOLF (*Archiv für Gynækologie, Band XXIV, Heft* 3, 1884).

Dans le cours des 12 dernières années, il y a eu 4,211 accouchements à la maternité de Leipzig; 37 nouveau-nés ont été atteints de muguet, soit 0,8 0/0, et 41 d'intertrigo, soit 0,9 0/0. L'auteur compare cette proportion de 0,8 à 0,9 0/0 avec celles indiquées par Valleix et Berg (1/3 des enfants); la différence est en effet très grande, et plaide bien en faveur de la thèse soutenue par l'auteur, que le muguet et l'intertrigo sont appelés à disparaître sous l'influence d'une hygiène mieux entendue, et surtout sous l'influence d'une propreté extrême. Toutefois, les chiffres de 0,8 et 0,9 0/0 doivent être considérés comme inférieurs à la réalité; il eût fallu, en effet, chercher la proportion d'enfants atteints, non par rapport au nombre d'accouchements, mais par rapport au nombre des nouveau-nés ayant vécu.

Les courbes de fréquence que donnent les deux maladies par rapport aux différents points de l'année montrent que l'influence des saisons est nulle. Les maxima de fréquence coïncident assez régulièrement avec les deux époques de l'année où se renouvelle le service des sages-femmes qui soignent les accouchées et les enfants.

La statistique de l'auteur confirme l'influence bien connue de la faiblesse constitutionnelle et des affections du tube digestif. Des 37 cas de muguet, 20 concernent des enfants nés avant terme, dont quelques-uns malades, et trois enfants à terme, mais malades. Des 41 cas d'intertrigo, 26 portent sur des enfants affaiblis ou souffreteux.

Des enfants atteints de muguet, un seul a succombé, non au muguet lui-même, mais à l'affaiblissement général. Des 41 cas d'intertrigo, un s'est aussi terminé par la mort, mais par suite d'une complication, un érysipèle, qui avait pris naissance au niveau de l'intertrigo.

Pour le muguet comme pour l'intertrigo, les soins préventifs employés à Leipzig se résument dans des lavages fréquents à l'eau froide : lavages de la cavité buccale pour le muguet, lavages des parties souillées par les

excrétions pour l'intertrigo. Les cas faibles de muguet sont aussi traités par les lavages simples à l'eau froide; les cas plus graves, par des attouchements avec un collutoire boraté au 1/5 : miel 25 p., borax 5 p. L'intertrigo est traité par les lavages à l'eau froide et l'application d'ouate dégraissée; les pommades et les poudres sont absolument mises de côté.

H. DE BRINON.

Acute yellow atrophy of the liver in a child, par GREVAS (*Brit. med. journ., p.* 766, *avril* 1884).

Enfant de 1 an et 8 mois, atteint d'une jaunisse légère à la fin de décembre, qui guérit en quelques jours. Deux mois plus tard, il est repris d'ictère avec phénomènes fébriles mais sans vomissements ni diarrhée, ni douleurs locales hépatiques. Bientôt apparaissent des taches de purpura sur les membres : on constate que le foie est volumineux, légèrement sensible à la pression; les urines ne renferment pas d'albumine, ni de leucine ou de tyrosine. Cet état dure environ 15 jours, puis éclatent des convulsions, la respiration devient stertoreuse, les pupilles dilatées, la température s'élève à 108° Fahr.

A l'autopsie, le foie pèse 12 onces 1/2 et a une couleur jaune d'ocre, avec des taches brunes; l'apparence lobulaire n'existe plus. Les voies biliaires sont intactes et partout perméables. La substance corticale des reins est atteinte de stéatose aiguë, les autres organes sont sains. Les cellules hépatiques sont presque toutes détruites, celles qui sont reconnaissables renferment des granulations graisseuses d'un jaune brillant; on ne trouve ni leucine, ni bactéries.

H. R.

Myxosarcom der linken Pleura, par HOFMOKL (*Soc. des méd. de Vienne,* 17 *mai* 1883).

Il s'agit d'une affection rare de la plèvre, le myxosarcome, observée chez un enfant de 3 ans 1/2 dont l'auteur a pratiqué l'autopsie avec examen histologique.

Cet enfant avait eu une première bronchite à l'âge de 2 ans 1/2; au mois de février 1883 il en eut une seconde qui disparut rapidement. Le 12 mars l'auteur constata de la dyspnée et une pâleur excessive de la face. T. 38°; le sujet offrait tous les signes d'un épanchement pleural à gauche, sans déplacement du cœur.

Sulfate de quinine; la température s'abaisse, l'état général s'améliore.

Au bout de 8 jours, nouvel accès fébrile. T. 39. la voussure thoracique augmente, le cœur est refoulé.

Le 10 avril 39°,5. Le 14 avril on fait la thoracentèse sans résultat. Nouvelle ponction trois jours plus tard, on n'obtient que de la sérosité sanguinolente. L'auteur se décide alors à réséquer la huitième côte; il introduit le doigt dans la cavité pleurale et constate l'existence d'une tumeur solide entourée de caillots sanguins ramollis. L'enfant succombe au bout de huit jours.

L. GAILLIARD.

Perforating ulcer of the œsophagus, par E.-G. JANEWAY (*Med. News, p.* 361, 28 *mars* 1885).

L'auteur rapporte les détails de l'autopsie d'un enfant d'un an, atteint de paralysie infantile et mort de dysentérie. On trouva dans la paroi latérale gauche de l'œsophage, à un pouce au-dessus de l'orifice du cardia, un ulcère rond d'un demi-pouce de diamètre, que l'auteur regarde comme

identique de forme et d'origine aux ulcères peptiques de l'estomac. Il existait une inflammation du tissu connectif péri-œsophagien, du péricarde et de la plèvre gauche; mais on n'avait constaté pendant la vie aucun signe afférent à ces lésions. A. C.

Hernie de l'ovaire chez une enfant, par SCHMITZ (*St Petersburg. med. Woch.*, *n°* 4, 1885).

L'enfant, âgée de 7 mois, avait une petite tumeur de la région inguinale gauche, réductible à la pression et ne donnant lieu à aucun symptôme. Quand Schmitz vit l'enfant, la tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, était irréductible depuis 8 jours et très douloureuse. Le taxis avec chloroforme étant resté infructueux, Schmitz extirpa la tumeur, lia et excisa le sac, lia et rentra le ligament large. Au 10e jour, la plaie était guérie.

Schmitz a observé une hernie ovarique, de la grosseur d'un pois, chez une enfant de la même famille et âgée de 5 semaines. A. C.

Ovariotomie bei einem 1 Jahr 8 Monaten alten Kinde ; Heilung (Ovariotomie chez une enfant de 20 mois. Guérison), par RŒMER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 52, 1883).

Anna S... est née le 12 décembre 1881, et la sage-femme a constaté immédiatement le développement insolite de l'abdomen. On l'amène à l'hopital le 4 août 1883, et à ce moment il est aisé de constater l'existence d'un kyste dont la ponction fournit du liquide clair albumineux, sans éléments figurés. On peut attribuer ce kyste, soit à l'ovaire, soit au mésentère.

La ponction donne 300 grammes de liquide jaunâtre.

Les viscères ne présentent rien d'anormal, l'état général de l'enfant est bon.

Opération le 28 août, sous le chloroforme.

Le chirurgien incise sur la ligne médiane, de l'ombilic jusqu'à la symphyse, et découvre une tumeur grosse comme une tête d'enfant, insérée par un pédicule long et étroit au côté droit de l'utérus. Il sectionne ce pédicule après ligature, lie les vaisseaux, fait la toilette du péritoine et, après avoir constaté l'intégrité complète de l'ovaire gauche, fait la suture des parois abdominales. Application d'ouate au sublimé : la solution de sublimé a été pulvérisée pendant tout le temps de l'opération.

L'enfant sort guérie le 12 septembre.

L'examen anatomique a montré qu'il s'agissait là d'un kyste dermoïde.

L. GALLIARD.

Opération radicale d'une hernie inguinale étranglée chez l'enfant, par Paul DEMIÉVILLE (*Revue médic. Suisse romande*, *V*, 432, *juillet* 1885).

Demiéville présente un garçon de 4 ans, auquel il a fait, à l'âge de 11 mois, une kélotomie avec cure radicale pour une hernie étranglée de l'aine gauche. Le sac herniaire fut excisé partiellement. La plaie guérit par première intention, malgré la souillure des urines et l'agitation de l'enfant.

La descente du testicule n'était pas parfaite. Quoiqu'on ait laissé cet organe en dessous de l'anneau lorsqu'on sutura celui-ci, aujourd'hui le testicule se trouve retenu derrière l'anneau inguinal interne; il n'a que le volume d'un petit haricot.

Bien que l'enfant n'ait jamais porté de bandage il n'a pas trace de récidive de sa hernie et on peut à grand'peine introduire le bout du doigt dans le canal inguinal. J. B.

Ruptura flexuræ sigmoïdis Neonati inter partum (Rupture du gros intestin du nouveau-né pendant l'accouchement), par Eduard ZILLNER (*Arch. f. path. An. u. Phys., XCVI, H.* 2, *p.* 307).

L'auteur, assistant du professeur E. Hoffmann à Vienne, a eu l'occasion de faire 4 autopsies de nouveau-nés dans lesquelles il a rencontré une rupture du gros intestin avec épanchement de meconium dans le péritoine.

Il s'est demandé d'abord si cette rupture avait été produite par l'introduction maladroite d'une canule d'irrigateur. Mais la perforation se trouvait à 15 et 26 centimètres de l'anus, ses dimensions variaient de 8 à 14 centimètres. Or les canules d'irrigateurs n'ont que de 6c,5 à 7c,5 de long et 5 ou 6 millimètres de large. Était-ce la pression du liquide injecté qui avait déterminé l'éclatement de l'intestin ? L'auteur s'est assuré sur des cadavres que la pression produite par l'irrigateur était insuffisante. L'introduction d'un instrument mousse, comme une sonde de femme, détermine une perforation à 5 ou 6 centimètres seulement. L'auteur ne croit donc pas qu'il s'agisse de perforations produites par une main soit maladroite, soit criminelle. Voici l'interprétation qu'il propose : pendant l'accouchement, les organes maternels comprimeraient l'abdomen et le colon descendant de l'enfant. Cette compression tendrait à chasser le méconium vers le rectum. Si le méconium ne s'échappe pas, la pression dans l'S iliaque peut devenir assez forte pour déterminer la rupture. P. GALLOIS.

Rétention d'urine chez un enfant de six mois, par ARNOZAN (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er *février* 1885).

Enfant de 6 mois, bien conformé, vigoureux, a eu, à l'âge de 5 mois, une attaque de convulsion, et actuellement présente un impétigo du cuir chevelu, compliqué d'un petit abcès superficiel ; des signes du travail de dentition et une rétention d'urine, remontant à 36 heures. Le cathétérisme retire 130 grammes d'une urine limpide et est pratiqué trois fois par jour du 2 au 10 décembre; à partir du 3e jour l'urine est devenue purulente. Du 10 au 17 décembre, les mictions sont redevenues normales ; puis de nouveau, pendant une huitaine de jours, on reconstate les mêmes accidents ; rétention et purulence de l'urine; l'une et l'autre cèdent au cathétérisme, au bromure de potassium et aux frictions belladonées. OZENNE.

De l'alimentation par la sonde chez les jeunes enfants, par DAUCHEZ (*France médicale*, 28 *mai* 1885).

L'auteur, qui a eu plusieurs fois l'occasion de recourir à cette méthode, conclut de la manière suivante :

1° L'introduction de la sonde œsophagienne, ou, à son défaut, d'une sonde urétrale à bout coupé, est une opération facile chez le nouveau-né, aussi bien que chez les jeunes enfants. Elle est inoffensive et peut être exécutée plus rapidement chez l'enfant que chez l'adulte ;

2° Cette opération est indiquée toutes les fois que les jours de l'enfant sont en danger du fait d'un jeûne absolu ou relatif, quelle qu'en soit la cause. Elle doit être réservée aux enfants dont le tube digestif ou les annexes sont en état d'assimiler ;

3° On évitera le reflux des aliments dans les voies respiratoires, d'une part, en guidant la sonde sur le doigt indicateur; d'autre part, en prenant soin d'injecter chaque fois de faibles quantités de liquides avec la seringue et de retirer lentement l'instrument des voies digestives.

GASTON DECAISNE.

DERMATOLOGIE.

Ein merkwürdiger Fall von greisenhafter Veränderungen der allgemeinen Körperdecke bei einem achtzehnjährichen Jüngling (Cas remarquable de dégénérescence sénile de la peau chez un jeune homme de 18 ans), par J. ROSSBACH (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXVI, Heft* 3 et 4, *p.* 197).

Un jeune homme de 18 ans, apprenti boulanger, qui a toujours joui d'une excellente santé, présente une modification curieuse de la peau. — Au point de vue héréditaire, il faut noter que son père présente de l'eczéma généralisé. — A partir de 16 ans, sans cause connue, sa peau s'est indurée, puis plissée, de telle sorte que son aspect a changé complètement : il a l'air d'un vieillard de 60 à 65 ans. La figure est ridée; il en est de même de la peau de la poitrine. Les yeux sont restés jeunes et vifs, ce qui contraste d'une façon remarquable avec l'aspect vieillot de la face. Les cheveux ne se sont pas modifiés; ils n'ont nullement blanchi. Les allures, les gestes, la voix, le caractère, tout est resté jeune. La peau seule a vieilli. La santé est demeurée, du reste, excellente.

Les organes génitaux sont parfaitement développés. Les membres inférieurs ne présentent pas la modification d'aspect sénile de la partie supérieure du tronc : les cuisses et les jambes sont celles d'un jeune homme.

Rossbach pense qu'il faut interpréter ce fait de la façon suivante. La peau est trop étendue, trop large pour le corps qu'elle renferme : elle est donc plissée.

A. MATHIEU.

Ein Fall von idiopathischer Haut-atrophie (Cas d'atrophie idiopathique de la peau), par A. BUCHWALD (*Vierteljahr f. Derm. und Syph., p.* 553, 1883).

Atrophie symétrique de la peau de la face antérieure des cuisses et des régions fessières, développée depuis l'âge de 20 ans sur un homme de 36 ans vigoureux et sans tare diathésique. La limite des parties saines et morbides était très tranchée; et la peau atrophiée, remarquable par l'innombrable quantité de plis qui la parcouraient (voir la figure annexée), prenait dans la station verticale une teinte cyanique en même temps que s'y manifestait un réseau veineux très riche. Pas de troubles de la sensibilité ; sécrétion sudorale disparue sur les parties atrophiées, normale ailleurs. Depuis longtemps l'évolution morbide était arrêtée. L'excision d'un lambeau cutané montra une atrophie générale de la peau réduite à une épaisseur d'un millimètre et demi, dont l'épiderme formait les deux tiers.

Pas d'étiologie appréciable ; aucun trouble nerveux; mais le malade présentait à l'occasion du moindre traumatisme des ulcères des pieds et des jambes qui guérissaient difficilement.

H. DANLOS.

Ueber Melanosis lenticularis progressiva, par F. J. PICK (*Viertelf f. Derm. u. Syph.*, *p*. 1, 1884).

Sous cette dénomination, l'auteur publie une étude intéressante sur la dermatose, connue en France, depuis le mémoire de Vidal, sous le nom de maladie de Kaposi. Elle est basée sur l'observation de trois faits relatifs aux enfants d'un même lit (2 filles, 1 garçon). Chez tous, l'affection avait débuté vers l'âge de dix-huit mois par des taches pigmentaires sur la face et les extrémités, et ces taches, en augmentant de quantité, avaient envahi peu à peu les parties cachées par les vêtements. Chez les deux filles, âgées l'une de 19 et l'autre de 17 ans, l'affection était générale, ne respectant que la paume des mains et la plante des pieds. Elle se caractérisait par cinq sortes de lésions : éphélides, lentigo, verrues pigmentaires, taches érythémateuses finement vascularisées. Taches blanches cicatricielles. Les productions pigmentaires présentaient leur summum de coloration et de saillie sur les points les plus anciennement atteints. En outre, l'aînée de ces malades portait deux tumeurs, l'une sur la conjonctive (nature non déterminée, extirpation sans récidive), l'autre à la face interne d'une jambe. Cette dernière était un sarcome mélanique qui récidiva six mois après l'ablation et nécessita une deuxième opération, laquelle, au moment où l'auteur écrivait son mémoire, n'était pas encore suivie de récidive. La sœur cadette avait une tumeur gingivale (nature? extirpation non suivie de récidive à courte échéance).

Chez le troisième malade, enfant de 3 ans, le mal, limité à la face et aux mains, était uniquement constitué par des taches rouges, pigmentées ou atrophiques, et du lentigo sans verrues ni tumeurs. Tous ces malades étaient de forte constitution et exempts de tare viscérale. Ils avaient la peau blanche, les cheveux et poils blonds, l'iris bleu clair. Leurs parents, très vigoureux et de teint brun foncé (peau, iris, cheveux), ne présentaient aucune trace du mal qui les avait frappés.

A l'aide de morceaux de peau enlevés aux deux premières malades, l'auteur a étudié l'anatomie de l'affection à ses différentes périodes. Le siège essentiel du mal est dans les couches superficielles du chorion. Il consiste en une prolifération conjonctive irradiant de la tunique adventice des artères, et associée à l'infiltration pigmentaire des éléments de nouvelle formation. Les éphélides, le lentigo, les verrues représentent les premières phases évolutives du mal, qui peut ultérieurement, suivant que les vaisseaux s'oblitèrent ou non, aboutir au sarcome mélanique ou à l'absorption atrophique. Cette affection semble calquée au point de vue des lésions sur le nævus pigmentaire congénital, qui peut, lui aussi, comme l'a montré Demiéville, présenter dans ses formes extrêmes l'aspect de mélano-sarcome alvéolaire. Elle s'en distingue, toutefois, par un caractère essentiel, puisqu'elle est sans cesse progressive, tandis que le nævus pigmentaire est immobilisé dans sa forme primitive. Comme nature, l'auteur crut à une analogie avec la mélanose équine qui frappe surtout les chevaux blancs, de même que la maladie de Kaposi affecte de préférence les sujets blonds. Il s'élève, du reste, contre la dénomination de maladie de Kaposi proposée par Vidal, parce que, dit-il, la découverte

réelle en est due à Hebra, et parce que le nom de mélanose héréditaire progressive caractérise très exactement sa véritable nature. H. DANLOS.

Sur une variété nouvelle de périfolliculites suppurées et conglomérées en placards, par H. LELOIR (*Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 437, 1884).

Étiologie inconnue : 5 fois sur 8, le mal s'est développé sur des individus maniant des chevaux ou des bœufs.

Début peu étudié, par rougeur diffuse avec ou sans saillies pustuleuses. A la période d'état, qui arrive en huit jours environ, le mal se caractérise par une saillie ronde pouvant atteindre ou même dépasser le diamètre d'une pièce de 5 francs (argent), saillante de 2 à 5 millimètres, et dont la forme générale rappelle celle d'un macaron. La surface malade nettoyée (cataplasmes) se montre lisse ou légèrement mamelonnée, et toujours criblée comme une écumoire par une multitude d'orifices grands comme une petite tête d'épingle. Par compression, on fait suinter de ces ouvertures un pus franc ou séreux, ou même de petits boudins allongés analogues à du vermicelle fin. Entre ces orifices sont disséminés des points jaunes qui représentent le premier stade de la lésion précédente, et sont constitués par des conduits glandulaires dont le contenu ne s'est pas encore échappé. Le mal est le plus souvent unique et siège généralement dans les regions où l'on ne voit que quelques poils follets (fesses, dos de la main); on peut cependant compter quelquefois une vingtaine de placards disséminés en divers points (obs. VIII). Pas de réaction générale ; pas de complications inflammatoires (lymphites, adénites) ; à peine un peu de prurit de chaleur et de tension. Durée de la période d'état huit à quinze jours ; régression en douze jours environ. Guérison sans cicatrices, par applications simplement émollientes ; persistance assez longue d'une teinte livide bleuâtre *loco dolenti*.

Dans quelques cas, soit spontanément, soit après un traitement peu judicieux, la lésion prend un caractère plus inflammatoire (clapiers purulents, décollement du derme, fausse fluctuation) qui rappelle l'anthrax torpide (variété anthracoïde), ou bien la régression traine et la peau offre l'aspect végétant d'un papillome enflammé (variété papillomateuse).

L'examen histologique (biopsie) montre que cette lésion n'est autre chose qu'une périfolliculite conglomérée, d'abord des follicules pileux contenant des poils follets, puis des follicules pilo-sébacés en totalité, et même du tissu adjacent (variété phlegmoneuse). Les points jaunes et moules vermicilliformes sont formés par l'accumulation intraglandulaire des débris épidermiques et des cellules de pus. Outre ces lésions inflammatoires, les coupes colorées (fuchsine, violet de méthyle) montrent dans le derme et les moules glandulaires des microbes sous forme de points simples ou doubles, de chaînettes ou d'amas zoogloéiques. Les cultures du sang pris chez ces sujets en un point éloigné du mal se sont montrées fertiles (collaboration avec Duclaux). Le liquide de deuxième et troisième culture a pu tuer des cobayes et des lapins. Il contenait un micrococcus très voisin de ceux rencontrés dans le bouton de Biskra et le phlegmon. Malgré ces résultats, l'auteur hésite à faire de ces follicu-

lites une lésion microbienne; et ce n'est qu'avec une très sage réserve qu'il hasarde l'hypothèse d'une infection primitive du sang avec élimination secondaire du parasite par l'appareil pilo-sébacé.

Huit observations et deux belles planches à l'appui de cette description. H. DANLOS.

Favus universalis, par KAPOSI (*Soc. des méd. de Vienne*, 23 *octobre* 1884. — **Autopsie, par KUNDRAT** (*Ibid.*, 28 *novembre* 1884).

Le favus peut atteindre toutes les régions du corps.

Kaposi observe un malade chez qui les godets faviques existaient, le 25 septembre, au cuir chevelu, sur la paupière supérieure gauche, à la pommette du même côté, à la surface des membres du côté de l'extension, semés en grand nombre et entourés de zones érythémateuses. Pendant les trois semaines qui suivirent, le favus envahit la presque totalité des membres, du tronc et du visage. Sur plusieurs points les godets, par le fait de la réaction inflammatoire, sont tombés et ont laissé à leur place des cicatrices déprimées.

Le malade est tourmenté par une démangeaison insupportable, et se déchire la peau avec les ongles; il souffre aussi de la tension des téguments qui s'oppose spécialement aux mouvements des jointures. De plus le sujet a une diarrhée incoercible, aussi l'auteur suppose-t-il que le parasite a envahi l'intestin.

Kaposi le soumet au traitement habituel. Bientôt survient un phlegmon du creux poplité droit et le malade succombe le 3 novembre.

Kundrat publie les résultats très intéressants de l'autopsie :

La muqueuse de l'estomac présente un grand nombre d'ulcérations punctiformes et de nombreux grains jaunes très superficiels; en outre elle offre plusieurs petites escarres brun sale: la plus grande siège au pylore. L'examen histologique de ces masses pseudo-membraneuses montre qu'elles contiennent les éléments du favus.

Le gros intestin contient des ulcérations à bords noirâtres ; sur quelques-unes persistent des fragments d'escarres. La démonstration du champignon ne peut être faite dans le gros intestin, mais l'auteur pense cependant que ces lésions sont de même nature que celles de l'estomac.

C'est là le premier exemple de *gastro-entérite favique.* L. GALLIARD.

The pathology of rodent ulcer, par P. T. PAUL (*Brit. med. journ., p.* 881, *mai* 1885).

L'ulcère rongeur a été l'objet de nombreuses interprétations très divergentes : On l'a considéré : 1° comme une variété d'épithéliome (Moore, Hulke) ; 2° comme un carcinome des glandes sébacées (Thiersch); 3° comme un carcinome des glandes sudoripares (Thin) ; 4° comme un carcinome des follicules pileux (Tilbury, Colcott Fox, Sangster et Hume).

L'auteur revient sur cette question et discute en grand détail les apparences histologiques et la marche de la lésion. La conclusion est que cette variété d'ulcères est une forme de carcinome chronique de la peau et non des systèmes glandulaires ou folliculaires. Ses arguments sont les suivants :

1° La structure de l'ulcère est fort variable comme c'est la règle pour les néoplasmes développés aux dépens du réseau muqueux de Malpighi.

2° L'apparence histologique de certains ulcères rongeurs ressemble étroitement au développement des systèmes appendiculaires du derme

3° Il y a une étroite affinité entre les allures de certains ulcères rongeants et les productions épithéliales inoffensives de la peau.

4° La texture générale et le type de la néoplasie ressemble à un épithéliome à marche lente. et se transforme, par degrés insensibles, en tumeur épithéliale. H. R.

Ein Fall von Meningitis tuberculosa nach Lupus; Tuberkelbacillen. im Blute, par DOUTRELEPONT (*Deutsche med. Woch.*, n° 7, 1885).

Une fille de 18 ans, maigre, anémique, entre à l'hôpital le 13 mars 1884, avec un lupus facial et des abcès du cou. L'auteur trouve dans un lambeau excisé à la face et dans les granulations cervicales quelques bacilles tuberculeux. Il n'y a rien d'appréciable aux poumons. Sous l'influence des applications locales de sublimé et du traitement interne par les préparations martiales et la liqueur de Fowler, les plaies se cicatrisent et l'état général s'améliore.

Au commencement de décembre la cicatrisation est complète, le facies satisfaisant, le poids de la malade a augmenté. Mais la patiente se plaint de douleurs à la poitrine; elle a de la fièvre, un peu de diarrhée; au niveau d'une cicatrice de la joue gauche se développent de nouveaux nodules lupiques.

Le 21 décembre, céphalée intense, vomissements répétés. Mort, le 4 janvier 1885.

A l'autopsie, granulations miliaires de la pie-mère à la base et au niveau de la scissure de Sylvius. Ulcérations tuberculeuses récentes de l'iléon. Chacun des lobes inférieurs des poumons contient un nodule tuberculeux gros comme une noix, composé de granulations jaunâtres.

L'auteur, constatant ces lésions tuberculeuses récentes, considère le lupus comme la source de l'infection.

Examinant, le 29 décembre, une goutte de sang prise à la joue, il y a vu trois bacilles. Il a retrouvé les mêmes éléments après la mort dans le sang de la veine jugulaire. Les bacilles du sang ont été déjà observés pendant la vie par Weichselbaum, Meisel et Lustig. L. GALLIARD.

De l'érythème scarlatiniforme récidivant, par PERRET (*Lyon Médical*, 19 *juillet* 1885).

A propos de deux cas d'érythème scarlatiniforme qu'il a observés dans son service, Perret résume l'histoire clinique de cette affection.

Cet érythème se caractérise par trois symptômes principaux : la rougeur, dont le début s'annonce par quelques légers phénomènes fébriles, qui s'étend rapidement à la totalité des téguments, sous forme de teinte écarlate, diffuse, quelquefois même aux muqueuses. Sur ce fond rouge peut apparaître une éruption miliaire plus ou moins abondante.

La desquamation est constante et bien plus prononcée que dans la scarlatine, variant, comme durée, de 5 jours à un mois, se faisant partout, même sur les muqueuses atteintes. Les cheveux tombent ; dans un cas de Perret (obs. 1), les poils de la barbe et du pubis passèrent du noir au rouge fauve.

La récidive se fait à intervalles très variables ; en général tous les symptômes sont atténués et cela d'autant plus que les récidives ont été plus nombreuses.

Perret a, dans un cas, constaté, comme Hallopeau (*R. S. M.*, XXII, 131) de l'albuminurie, survenue à la période de desquamation; mais il ne trouve pas d'explication plausible à donner de cette complication.

D'après ces divers caractères, l'érythème scarlatiniforme récidivant lui semble une manifestation très nette de l'arthritisme, se produisant comme l'eczéma et susceptible de récidives comme cette dermatose.

A. C.

Sur un cas de dermatite exfoliatrice des adultes, par FUNK (*Monatsh f. prakt. Dermat., mai* 1885).

On abuse singulièrement de cette dénomination; le cas auquel Funk croit pouvoir l'appliquer ne rentre dans aucune des variétés que l'on a admises jusqu'ici; il s'agit d'une éruption multiforme constituée par des plaques érythémateuses que surmontent en beaucoup de points des vésicules ou des bulbes; elle paraît rentrer, d'après la description de l'auteur, dans la catégorie des érythèmes polymorphes. H. HALLOPEAU.

Dermatite érythémateuse exfoliatrice généralisée, par THÉRY (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, t. XIV, n°* 5, 1885).

Homme de 25 ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution solide; fut pris, au commencement d'avril 1883, de lassitude, de courbature, d'accès fébriles irréguliers, d'inappétence, de larmoiement, de gonflement de la face et du pied droit; puis il ne tarda pas à voir apparaître sur différentes parties du corps des plaques d'un rouge vif qui ont envahi toute la surface du corps, se confondant les unes avec les autres.

La peau est tendue, épaissie, infiltrée, portant de larges lamelles épidermiques en partie flottantes, en partie imbriquées. Cheveux desséchés et flétris, face gonflée; ouïe, goût et odorat sensiblement diminués; blépharo-conjonctivite. Mouvements difficiles, douleurs mordicantes, erratiques. Le malade resta à l'hôpital pendant quatre mois et eut de nombreux accidents, abcès sous-cutanés successifs et par séries dans différentes régions du corps, accès de fièvre, diarrhée abondante, congestion pulmonaire, pneumonie, érysipèle, gangrène. Après avoir considérablement maigri, perdu tous ses cheveux et ses poils, le malade entra en convalescence; la distension et l'infiltration de la peau diminuèrent, et celle-ci reprit sa souplesse en perdant sa rougeur.

F. H.

La lèpre et son traitement, par E. VIDAL (*France médic.*, 1884).

L'auteur ne croit pas que l'on puisse nier la nature contagieuse de la lèpre.

Toute personne qui touchera un ulcère lépreux, et qui aura une solution de continuité des téguments au point de contact, pourra prendre la lèpre; on a remarqué que la gale, grâce sans doute aux excoriations qu'elle détermine, prédispose à cette maladie. On a prétendu, sans le démontrer, que la lèpre peut s'inoculer par la vaccination. L'auteur a tenté sur le porc des expériences d'inoculation qui sont restées infructueuses.

Il admet, avec Hebra et Poncet de Cluny, trois types de lèpre : la lèpre tubéreuse ou léonine, la lèpre maculeuse ou lazarine, la lèpre anesthésique ou antonine.

Il reconnaît que ce ne sont pas là trois formes absolument distinctes et évoluant toujours séparément : si l'on examine un lépreux atteint depuis plusieurs années, on trouve le plus souvent réunies chez lui plusieurs formes de la maladie ; on voit cependant des sujets chez lesquels elle reste pendant plusieurs années tuberculeuse ou maculeuse ; la lèpre maculeuse peut même, quoi qu'on ait dit, persister à cet état sans dévier vers un autre type.

Le diagnostic peut être fait avec les syphilides, le lupus, le vitiligo, la morphée, le mycosis fongoïde et le sarcome généralisé.

Le traitement doit être général et local.

Les remèdes les plus actifs sont le baume de Gaspin et l'huile de Chaulmoogra.

Le baume de Gaspin, d'après Vidal, peut déterminer des rémissions et amener la cicatrisation des ulcérations ; il se donne à la dose de 2 à 4 grammes jusqu'à celles de 12 grammes par jour, dans l'infusion de badiane.

L'huile de Chaulmoogra a donné également des résultats très encourageants ; un malade semble guéri ; on peut aller jusqu'à 200 gouttes par jour.

Comme traitement local, les médicaments les plus employés sont la teinture d'iode, l'huile de noix d'acajou, l'huile phéniquée, le sparadrap de Vigo et encore l'huile de Chaulmoogra et le baume de Gaspin. Ce dernier topique est sans contredit le meilleur ; on l'applique mélangé à parties égales d'eau de chaux.

E. Vidal indique en terminant quelles sont les règles d'hygiène publique dont l'application est nécessaire pour enrayer le développement de la maladie. H. HALLOPEAU.

I. — La lèpre en Norvège, par H. LELOIR (*Semaine médicale, juin* 1885).

II. — Leprastudien, par BAELZ, E. BUROW, UNNA et WOLFF (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1885).

I et II. — Parmi les questions les plus controversées, il faut citer la contagion et l'hérédité de la lèpre.

Daniellsen et Bœck considèrent l'hérédité comme la cause principale de la lèpre ; ils disent l'avoir constatée à l'hôpital Saint-Georges, de Bergen, chez 185 lépreux sur 213 ; dans 95 cas, seulement, elle faisait défaut. La maladie avait été transmise 104 fois par la mère et 81 fois par le père ; elle remontait chez 58 sujets à la première génération, chez 98 à la seconde, chez 8 à la troisième, chez 21 à la quatrième.

Hansen conteste l'exactitude de cette proposition ; il fait remarquer que la maladie se développe presque exclusivement à la campagne, dans de petites localités ou dans de petites villes, dont la plupart des habitants sont parents. Il dit : la lèpre est contagieuse ; elle n'est pas héréditaire.

Zambaco a vu des enfants venir au monde avec la lèpre ; mais s'agit-il là d'une véritable hérédité ? Il y a infection directe de l'enfant par la mère comme dans la syphilis et dans la variole (Hansen).

La contagion est niée par Daniellsen qui, dans sa longue pratique, n'a pu l'observer une seule fois ; dans sa léproserie de l'hôpital Saint-

Georges, il y a une salle où l'on reçoit trente sujets sains, qui vivent en commun avec les lépreux; on n'a pas le souvenir que l'un d'eux ait contracté la lèpre. On voit des individus coucher longtemps avec des lépreux sans être infectés. Les expériences d'inoculation pratiquées à plusieurs reprises sur lui-même, par un médecin, n'ont pas réussi; au Japon, on n'isole pas les lépreux, et néanmoins les médecins japonais se prononcent unanimement contre la nature contagieuse de la maladie. Les enfants nourris par leur mère atteinte de la lèpre ne la contractent pas.

On peut faire valoir cependant des arguments sérieux en faveur de la contagion : Bœck cite l'exemple d'un soldat de Christiania, ville exempte de lèpre, qui a été atteint de la maladie vingt ans après avoir fait une année de service à Bergen, ville infectée (l'incubation est toujours très longue). Si la lèpre est une maladie de famille, c'est parce que les individus qui vivent ensemble peuvent se la communiquer; Drognat Candri assure qu'elle a été importée à Surinam et elle semble également l'avoir été aux iles Hawaï; elle a disparu au contraire de la plus grande partie de l'Europe, sans doute par suite de l'isolement rigoureux auquel ont été longtemps soumis les sujets qui en étaient atteints; actuellement encore l'isolement dans les léproseries tend à en diminuer la fréquence en Norvège; alors qu'on y comptait 1,131 cas nouveaux en 1856 et 1,039 en 1860, il n'y en avait plus que 677 en 1876; si la progression continue, on peut espérer la disparition de la lèpre dans cette contrée.

On peut conclure que la lèpre est contagieuse, mais qu'elle se transmet difficilement dans des conditions encore indéterminées; elle est à cet égard comparable à la tuberculose.

Au point de vue de la pathogénie, tous les auteurs sont d'accord pour faire jouer aux bacilles le rôle prédominant. Unna s'est efforcé d'améliorer les procédés nécessaires pour les mettre en évidence. Il préconise deux modes de préparation : la préparation sèche et la préparation à l'huile essentielle. Les méthodes de coloration et de décoloration sont les mêmes dans les deux cas. Les coupes reparaissent de 12 à 24 heures dans de l'eau d'aniline à laquelle on a ajouté goutte à goutte une solution alcoolique, saturée de fuchsine jusqu'à ce qu'on ait obtenu une coloration rouge sombre. Elles sont ensuite traitées pendant quelques secondes par une solution de 10 à 20 0/0 d'acide nitrique; devenues jaunes, elles sont transportées dans l'alcool dilué, jusqu'à ce que la couleur jaune soit redevenue rouge, puis dans l'eau distillée. Si l'on veut employer la préparation à l'huile essentielle, les coupes sont soumises alors à l'action de l'alcool absolu, puis du benzol, du xylol, de l'essence de Wintergreen ou de l'huile de cèdre et portées sur le porte-objet, on les passe à la flamme pour éliminer l'excès d'huile essentielle et on les place dans le baume; dans la préparation sèche, on les porte directement de l'eau distillée sur le porte-objet, on les dessèche à la flamme et on les place dans le baume.

Unna assure que sa préparation sèche promet d'étudier beaucoup mieux les bacilles. Dans un tubercule lépreux, ils sont si nombreux qu'ils paraissent constituer à eux seuls le tissu morbide. Ils forment un réseau épais dans lequel on distingue en beaucoup de points des amas arrondis, où il occupe la couche profonde de la peau depuis le réseau

sanguin des corps papillaires jusqu'au tissu cellulaire. Les préparations sèches permettent de constater la présence de bacilles dans des points où l'on n'en trouve pas avec l'autre procédé. On a dit jusqu'ici qu'ils ne pénètrent jamais dans l'épiderme et qu'ils en restent séparés par une couche conjonctive ; Unna a constaté, au contraire, qu'ils envahissent souvent les follicules pileux et viennent se placer entre les cheveux et leur gaine ; les spores peuvent de là passer à l'extérieur, il n'est donc pas vrai que, comme on l'a dit, l'épiderme leur oppose une barrière infranchissable.

Au point de vue du nombre, de la topographie et de la morphologie des bacilles, la description d'Unna diffère notablement de celle de Neisser. Cet auteur soutient que la plus grande partie des bacilles est contenue dans les cellules à l'encontre de ce que l'on observe dans la tuberculose. Avec la préparation sèche, on cherche en vain ces cellules contenant les bacilles et l'on peut se convaincre que l'on a pris pour elle des amas de bacilles. Ces amas siègent constamment dans les voies lymphatiques, ils renferment presque tous une cavité qui représente, non comme l'a cru Neisser, une lacune dans la cellule, mais la lumière du lymphatique autour duquel s'est développé l'amas bacillaire.

Dans la lèpre anesthésique, les bacilles occupent les nerfs périphériques, et donnent lieu ainsi à des trophonévroses (Wolff).

A côté des formes tuberculeuses et anesthésiques, la plupart des auteurs admettent une forme mixte ; on voit des malades atteints d'anesthésie avec mutilation subir des poussées d'éruptions tuberculeuses. Le pemphigus lépreux peut marquer le début de la forme tuberculeuse et survenir dans la forme anesthésique. On admet également une lèpre maculeuse, Leloir la considère comme un premier degré de la lèpre anesthésique. S'élevant contre la tendance de certains pathologistes à multiplier les formes de la lèpre, cet auteur affirme à juste titre que l'unité de la maladie s'impose, ses manifestations variant suivant les pays et suivant les sujets.

Unna croit avoir guéri un cas de lèpre. La maladie remontait à plus d'un an quand il a commencé à la traiter ; elle revêtait la forme tuberculeuse ; la face, les bras et les jambes présentaient de nombreuses nodosités, il y en avait également sur la poitrine et dans le dos. Après moins de quatre mois de traitement, la malade est partie débarrassée de tout accident. Le médecin de Hambourg tire de ce fait des conclusions qui en indiquent la signification et montrent quels ont été les moyens employés ; voici les plus importantes :

1° La lèpre tubéreuse, alors même qu'elle s'est généralisée et qu'elle remonte à plus d'une année, est curable ;

2° Sa guérison peut être obtenue en un laps de temps relativement court par une médication énergique employée intus et extra ;

3° Les agents les plus utiles sont le sulfo-ichthyolate d'ammoniaque, l'acide chrysophanique, l'acide pyrogallique et la résorcine ;

4° Les sels d'ichthyol doivent être employés à l'extérieur en solutions très concentrées ; à l'intérieur il suffit ordinairement d'en donner environ 1 gramme par jour ; ils agissent très efficacement sur la lèpre viscérale. A l'extérieur, ils conviennent chez les sujets faibles, à peau très sen-

sible, alors que l'on ne peut employer d'agents plus énergiques ou lorsque ceux-ci ont trop vivement irrité la peau ;

5° La résorcine est un moyen utile dans la lèpre ; on l'emploie en pommade à 20 0/0 ;

6° L'acide pyrogallique est un puissant antilépreux, on l'applique sous forme de pommade à 5 0/0, ou en emplâtre ;

7° L'acide chrysophanique à 10 0/0 est peut-être le meilleur topique antilépreux ; il faut seulement éviter son action sur la conjonctive, et à cet effet, ne pas l'appliquer aux mains ni à la face ; on peut l'employer concurremment avec les autres moyens. H. HALLOPEAU.

Die Lepra auf Madeira, par Julius GOLDSCHMIDT (*Berliner klinische Wochens.*, *n° 9, p.* 134, 3 *mars* 1884).

La lèpre à Madère sévit surtout dans les districts occidentaux de l'île et paraît être indépendante du genre de nourriture.

Parmi les facteurs étiologiques, l'influence de l'hérédité est seule très nette. La transmission est beaucoup plus marquée du côté maternel. Elle s'effectue tantôt en ligne directe, tantôt en ligne collatérale.

En dehors de l'hérédité, Goldschmidt n'a observé que le fait suivant : Une jeune fille de 16 ans a été prise de lèpre à l'époque de la puberté. Elle avait été allaitée quelque temps par une femme lépreuse ; ses six frères et sœurs, élevés par des nourrices saines, étaient bien portants et jamais sa famille n'avait compté de lépreux.

A Madère, la lèpre est une affection de la classe pauvre, beaucoup plus commune dans les campagnes que dans les villes. De 1830 à 1874, la léproserie a reçu 214 malades, mais ce chiffre n'indique que très insuffisamment la proportion des lépreux de l'île, car les malades n'entrent à l'hôpital Saint-Lazare qu'à la dernière extrémité. On évalue à 5 ou 600 leur chiffre total. Dans les dernières années, la population de l'hôpital a toujours oscillé entre 5 et 11 malades.

La forme tuberculeuse est infiniment plus répandue que la forme anesthésique dont Goldschmidt n'a vu que deux exemples.

Il est rare que la lèpre entraîne à elle seule la mort. Généralement ce sont des inflammations intercurrentes des poumons et de l'intestin qui enlèvent les lépreux cachectiques. Une seule fois depuis dix ans, la terminaison fatale a eu lieu par inanition mécanique due à la maladie. L'alimentation par les voies ordinaires était d'abord devenue impossible, grâce au rétrécissement de la bouche et au développement de tumeurs le long du pharynx et de l'œsophage. Plus tard des altérations de même ordre sur l'intestin (constatées à l'autopsie en même temps qu'une dégénération amyloïde du foie et de la rate) obligèrent à cesser les lavements nutritifs.

La durée moyenne de l'affection est de 12 ans ; la plus longue, que l'auteur ait notée, a été 22 ans.

A un des deux malades atteints de lèpre anesthésique, Goldschmidt a inoculé, sans autre résultat que celui de précipiter peut-être l'issue de la maladie, du pus, du sang et du suc des nodosités de la lèpre tuberculeuse.

Goldschmidt n'a recherché et trouvé les bacilles de Neisser que dans la lèpre tuberculeuse.

Toutes les médications se sont montrées inefficaces. On observe parfois des arrêts spontanés dans la marche des accidents, mais plus tard, sans cause connue, la maladie reprend son cours.

Aussi, à l'hôpital de Funchal, traite-t-on les lépreux comme des incurables, ne les soumettant qu'exceptionnellement à une médication et les occupant à des travaux de jardinage ou de maison. J. B.

An analysis of the nerve phenomena in a case of anesthetic leprosy, par Allen STURGE (*Brain, p.* 40, *avril* 1885).

M. D..., âgé de 53 ans, raconte ainsi son histoire. A l'âge de 23 ans, se trouvant aux Bermudes, il s'aperçoit de la présence d'une maladie de peau qui, d'abord développée au devant de l'abdomen, s'étend progressivement, mais très lentement, au dos, aux bras et aux jambes. En ce moment encore (juillet 1881), il présente des taches sur le dos qui ressemblent à s'y méprendre à du psoriasis, et qui cependant sont bien évidemment de la lèpre.

En effet, presque aussitôt après le début de l'éruption, il a ressenti les troubles nerveux suivants : hyperesthésie des extrémités, localisée d'abord aux pieds, puis aux jambes. A cette hyperesthésie a succédé de l'engourdissement, et finalement une anesthésie complète. Simultanément, atrophie musculaire concomitante et affaiblissement progressif des membres.

Actuellement, l'anesthésie est absolue sur toute l'étendue des membres supérieurs et inférieurs, nulle sur la plus grande partie du tronc. Entre les portions normales de la peau et les régions insensibles se trouve une zone constante d'hyperesthésie. Aux points anesthésiques la peau est sèche, amincie, privée de glandes sébacées et de poils.

Les muscles des régions anesthésiques sont tous atrophiés à divers degrés. A la face, l'anesthésie est localisée exclusivement aux sourcils, au front et aux paupières ; or les muscles de ces régions sont atrophiés, car le froncement des sourcils et l'occlusion des paupières est à peu près impossible.

Les recherches de l'auteur ont porté sur le siège de la lésion nerveuse. S'agit-il d'une altération centrale du système nerveux, ou d'une lésion périphérique ? Et dans cette hypothèse, sont-ce les troncs nerveux, ou leurs ramifications cutanées, ou enfin leurs expansions terminales qui sont d'abord atteints ?

a. D'après la marche de la dermatose et de l'anesthésie, la conclusion s'impose que la lésion primordiale ne siège ni dans les centres, ni dans les troncs nerveux.

Une autre preuve de ce fait, c'est que pendant longtemps la sensibilité profonde à la pression persiste chez le malade, alors que toute perception de contact superficiel a disparu.

Donc, le siège primitif de la lésion réside dans le réseau nerveux périphérique cutané : c'est ce qui explique comment l'anesthésie est envahissante dans un segment de membre sans suivre aucunement la distribution anatomique des branches sensitives nerveuses.

b. L'examen des troubles moteurs musculaires conduit à des conclusions très différentes ; car il ressort de l'analyse des muscles atrophiés que les troncs des nerfs sont intéressés.

Effectivement, pour le membre supérieur chez le malade, les muscles fléchisseurs et extenseurs de l'avant-bras sont atrophiés ainsi que le long

supinateur, tandis que le biceps et le brachial antérieur sont sains. Ceci prouve que l'atrophie n'est pas de cause centrale, car les lésions spinales qui entraînent l'atrophie du long supinateur atteignent toujours simultanément le biceps et le brachial antérieur.

En somme, la lésion des nerfs sensitifs, chez ce lépreux, a débuté par les réseaux nerveux cutanés, tandis que celle des nerfs moteurs correspond à la distribution des troncs nerveux. Voici donc ce qui paraît se produire. L'infection lépreuse (parasitaire) envahit la peau et particulièrement les filets nerveux cutanés; elle suit de proche en proche les ramifications nerveuses et finit par atteindre les troncs en cheminant exclusivement, dans la profondeur, le long du tissu nerveux. De là l'envahissement, toujours plus tardif, mais aussi plus étendu, des nerfs moteurs. H. R.

I. — Die Rinacantina communis, par LIBORIO (*Nederland milit. Geneeskundig Archiv et Viertelj. f. geritcht. Med. und oeff. Sanit. XL, p.* 153).

II. — Ueber die Wirkung von Rinacantina communis, par HUETHE (*Viertelj. f. gericht Med., XLI,* 186, *juillet* 1884).

I. — Dans l'herpès circiné et le psoriasis, Liborio a employé avec succès une teinture fournie par la matière résineuse rouge foncé que contient la racine d'une acanthacée nommée *rinacantina communis.* A Bombay, cette plante est appelée *guidkarnea*, et dans toute l'Inde, elle jouit d'une grande réputation contre les affections cutanées. Un cas d'herpès circiné a guéri en 21 jours; 2 cas de psoriasis gyrata, l'un en 22, l'autre en 25 jours.

II. — Huethe confirme par son expérience personnelle les bons effets de ce médicament dans le traitement du psoriasis. Il a appris à en connaître l'efficacité à Hong-Kong où cette dermatose est extrêmement fréquente parmi les Européens. Huethe a administré cette teinture végétale dans quelques cas très opiniâtres où tous les autres moyens recommandés avaient échoué et il en a obtenu un résultat surprenant et durable. La racine seule est importée à Hong-Kong où le nom de la plante est inconnu. La préparation pharmaceutique se vend sous le nom de *tinctura plantæ lignosæ.* J. B.

Sur les savons médicinaux, par UNNA (*Sammlung klinische Vorträge,* 1885).

Le savon constitue un des meilleurs excipients à la condition qu'il soit composé suivant certaines règles. L'auteur recommande la formule suivante : moelle de bœuf, 59^{gr},3, huile d'olive, 7^{gr},4, lessive de soude, 22^{gr},2, lessive de potasse, 11^{gr},1. — Ce savon contient un extrait de matière grasse; il en résulte qu'il ne dessèche pas la peau comme le fait un savon neutre. La présence de la potasse le rend plus actif que les savons à base exclusivement sodique, car cet alcali exerce sur la couche cornée de l'épiderme une action dissolvante plus énergique que celle de la soude.

On peut, suivant l'effet que l'on veut obtenir, enlever le savon aussitôt après son application, ou faire une friction avec un linge sec, ou enfin laisser la mousse se sécher à la surface des téguments.

La plupart des médicaments peuvent être incorporés à ce savon : Unna a expérimenté plus particulièrement les mélanges avec la poudre de marbre, l'ichthyol, l'acide salicylique, le salicylate de zinc, le tannin et l'extrait de rhubarbe.

Dans le traitement de l'acmé, on a souvent avantage à amincir la couche cornée de l'épiderme par des moyens purement mécaniques ; on y arrive facilement en pratiquant des frictions avec la poudre de marbre, mais il vaut mieux l'employer sous forme de savon ; on ajoute un cinquième de cette poudre à la formule précédemment indiquée.

Le savon à l'ichthyol convient surtout dans le traitement de l'acmé rosacée.

L'acide salicylique a vivement attiré dans ces derniers temps l'attention des dermatologues. On lui a reconnu la propriété de provoquer la chute des couches superficielles de l'épiderme, de rougir la peau, sans en amener l'inflammation sans doute en dissolvant le kerato-hyaline du stratum granulosum, de favoriser la résorption du tissu collagène et enfin de détruire les bactéries et les microphytes. On l'incorpore au savon à la dose de 5 0/0 ; dans l'eczéma, il fait tomber les couches cornées et favorise la résorption de l'exsudat ; il est utile surtout dans les formes persistantes de cette maladie. On l'emploie aussi dans les affections provoquées par la présence dans l'épiderme de parasites végétaux ; il est utile enfin dans l'acmé en éliminant les amas de cellules épidermiques qui obstruent les orifices glandulaires.

On peut porter à 10 0/0 la proportion d'acide salicylique, si l'on ajoute au savon 2 0/0 d'oxyde de zinc ; cette préparation plus active peut être employée dans les maladies mycosiques et aussi dans l'eczéma.

Unna fait usage de toutes espèces de savon au tannin : le savon au tannate de soude (10 0/0), le savon au tannate d'oxyde de zinc et de soude, le savon au tannate de zinc (3 0/0). Ces préparations donnent de bons résultats chez des sujets prédisposés à l'eczéma et à l'intertrigo. Unna cite encore comme pouvant être utilisés les savons au goudron, au soufre, au camphre, au borax et au naphtol. Il emploie, au lieu d'onguent napolitain, un savon contenant 33 0/0 de mercure. H. HALLOPEAU.

Cases of arsenical dermatitis, par James-C. WHITE (*Boston med. and surg. Journal*, 6 *novembre* 1884).

Dans un premier cas, il s'agit d'un étudiant en médecine, qui présentait à la paume des mains des vésicules presque confluentes, profondément enfouies sous l'épiderme induré, et dont le volume variait de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois moyen. La peau était tuméfiée, brûlante, et était le siège de vives démangeaisons. Ces phénomènes de dermatite aiguë arrivèrent à leur maximum en trois ou quatre jours, et disparurent dans le cours de la semaine suivante, en laissant à leur suite une desquamation assez prolongée. En recherchant dans les antécédents de ce jeune homme, l'auteur apprit que, quelques jours avant l'explosion des accidents, il s'était servi d'un jeu de cartes dont le dos était fortement coloré par du vert arsénical. C'est la seule cause appréciable, qui paraisse avoir déterminé l'éruption.

La seconde observation se rapporte à un malade qui avait quitté depuis huit jours l'hôpital où on l'avait traité pour anémie et débilité générale. Il s'était remis au travail, mais depuis deux jours il éprouvait des douleurs dans

la bouche, et avait remarqué une éruption de taches rouges sur ses mains et sur ses avant-bras. Ces taches érythémateuses augmentèrent rapidement en nombre et s'accompagnèrent d'un gonflement intense des parties atteintes : La face se prit à son tour, à ce point qu'il fut bientôt impossible au malade d'ouvrir les yeux. Les oreilles, doublées de volume, étaient le siège d'un écoulement purulent. Le manque de délimitation exacte de la rougeur, l'absence de douleur à la pression, le peu d'intensité des phénomènes généraux prouvaient qu'il ne s'agissait pas là d'un érysipèle, mais bien d'une dermatite artificielle dont la cause échappait pour le moment au médecin.

De nombreuses vésicules ne tardèrent pas à se montrer sur les surfaces enflammées, et leur rupture détermina la formation de croûtes plus ou moins épaisses. Les cheveux tombèrent en grande abondance. A un moment, la situation devint réellement alarmante, et une fièvre ardente se déclara pendant plusieurs jours. Finalement, tous ces symptômes s'amendèrent et le malade put quitter l'hôpital au bout de trois semaines. On apprit que, trois jours avant le début des accidents, il avait été employé à la confection de paquets d'échantillons d'étoffes, lesquels étaient enveloppés dans du papier coloré par le vert arsénical.

Un troisième fait est celui d'une dame récemment accouchée, qui fut atteinte cinq semaines après sa délivrance d'une éruption papuleuse disséminée sur la presque totalité du corps. Au bout de quelque temps, l'enfant qui était élevé par une nourrice fut pris d'une éruption analogue occupant la face, les régions axillaire et inguinale, et la plupart des plis cutanés. En même temps apparaissaient des accidents diarrhéiques, avec diminution de poids. Il fallut changer deux fois de nourrice. C'est alors que White remarqua pour la première fois le papier de la chambre à coucher, dans lequel l'analyse démontra la présence d'une grande quantité d'arsenic. La mère et l'enfant furent transportés dans une autre pièce ; un mieux sensible se produisit de suite, et la guérison ne se fit pas attendre. GASTON DECAISNE.

Ueber Iodoform-Exantheme, par NEISSER (*Deutsche med. Woch.*, n° 30, 1884).

L'auteur décrit une dermite causée par les applications d'iodoforme à l'extérieur, et qu'il a observée sept fois ; elle est caractérisée par de l'érythème et des vésicules semblables à celles de l'eczéma aigu. Ces vésicules se développent en quelques heures, puis se transforment en bulles que recouvrent bientôt des croûtes ; ou bien elles se mêlent à des pustules. Chez certains sujets, il suffit d'une seule application d'iodoforme pour faire naître la dermite. Cet exanthème ressemble à celui que produit l'onguent napolitain : il s'étend généralement bien au delà des points d'application.

La connaissance de la densité iodoformique fera prendre certaines précautions dans le maniement du médicament. Le traitement est très simple : lotions et poudre d'amidon. L. GALLIARD.

MÉDECINE LÉGALE.

I. — Traité de jurisprudence médicale et pharmaceutique, par F. DUBRAC (*Paris*, 1882).

II. — Les médecins et la loi du 19 ventôse an XI, par René ROLAND (*Paris*, 1883).

III. — Observations sur la circulaire du préfet de la Seine en date du 26 janvier 1882, concernant la déclaration et l'inhumation des fœtus ainsi que des embryons de moins de 4 mois. Rapport à la Société de médecine de Paris, par Max. DURAND-FARDEL (*Paris*, 1882).

IV. — Les médecins doivent-ils délivrer des certificats post-mortem à produire aux Compagnies d'assurances sur la vie? par Georges ROCHER (*Annales d'hyg. pub. et méd. légale*, 3e *série*, *XII*, 44, *juillet* 1884).

V. — De l'organisation de l'enseignement et de la pratique de la médecine légale en France, par BROUARDEL (*Ibidem*, *XI*, 157, *février* 1884).

VI. — De la réforme des expertises médico-légales, par BROUARDEL (*Ibidem*, 344 *et* 442, *avril et mai* 1884).

I. — Depuis l'ouvrage de Trébuchet, qui date d'un demi-siècle, aucun auteur ne s'était occupé de la partie exclusivement juridique de la médecine légale. Dubrac a consigné dans son traité les fruits d'une expérience acquise par trente années passées dans la magistrature. Il ne s'est pas borné à enregistrer simplement les décisions de la justice; il les discute quand elles lui paraissent peu conformes aux principes de la loi et de l'équité.

Le chapitre premier est consacré aux questions qui se rattachent à l'état civil : naissances, suppression d'état, viabilité, décès, survie, mariage.

A Douai depuis 1842, à Versailles depuis 1846, à Bordeaux, à Paris, l'autorité municipale a créé des médecins vérificateurs des naissances; mais c'est une irrégularité, la loi exigeant que l'enfant soit présenté à la mairie, et l'officier d'état civil n'en reste pas moins responsable. Aussi l'auteur sollicite-t-il une loi créant des fonctionnaires médicaux assermentés et responsables. Pour la constatation des décès, la situation est analogue : les officiers d'état civil ne se transportent pas au domicile et d'ailleurs sont peu compétents.

Contrairement à la jurisprudence, Dubrac est d'avis que l'impuissance naturelle ou accidentelle constitue une cause de nullité pouvant être invoquée par l'époux de l'impuissant.

Le chapitre deuxième traite des dispositions à titre gratuit au profit des médecins et pharmaciens; le suivant, de la responsabilité civile et pénale des médecins à raison des fautes de leur pratique.

Le quatrième chapitre s'occupe du secret professionnel; le cinquième, des expertises en matières criminelle, civile, administrative et des réquisitions en cas de flagrant délit par les autorités.

D'après Dubrac, le fou criminel doit être enfermé. — Ce n'est pas à l'expert à trancher la question de responsabilité ; il a seulement à établir l'état mental du prévenu.

Le sixième chapitre roule sur les honoraires des médecins et les créances des pharmaciens ; les deux suivants, sur l'exercice illégal de la médecine et les contraventions aux lois sur la pharmacie (remèdes secrets, vente des substances vénéneuses). Dubrac se prononce pour l'imposition et non pour la prohibition des spécialités pharmaceutiques.

Vient ensuite l'étude des rentes viagères, des assurances sur la vie. Dans la question si discutée des certificats, l'auteur prend une position intermédiaire. A son avis, le médecin traitant doit refuser de fournir un certificat quand son client ne consent pas formellement à ce qu'il fasse connaître entièrement la vérité. Dans les autres cas, il peut le donner sans violer le secret professionnel.

Sont successivement passées en revue les obligations du médecin en temps d'épidémie, les questions d'avortement, de vente de clientèles médicales, d'inaptitude au service militaire (l'auteur a joint le tableau des causes d'exemption du service), des eaux minérales.

Puis Dubrac soumet à un examen critique le projet de loi de 1881 sur l'exercice de la pharmacie.

Un dernier chapitre contient un recueil des lois et décrets concernant la médecine, la chirurgie et la pharmacie.

On y trouvera le texte de la loi du 3 mars 1822, relative à la police sanitaire, qui, sous le coup de la panique inspirée par l'épidémie de fièvre jaune d'Espagne, édicta des peines draconiennes, la mort même ; enfin, le texte de la loi du 21 juillet 1881 sur la police sanitaire des animaux.

Dans tous les précédents chapitres sont intercalées de nombreuses « espèces » juridiques qui ont le double avantage de diminuer l'aridité des commentaires et d'en faciliter l'intelligence.

II. — Roland a voulu faire une étude historique et juridique sur l'organisation de la profession médicale et sur ses conditions d'exercice. Après un commentaire de la loi organique de ventôse, il fait la critique de l'institution des officiers de santé. Puis il envisage tour à tour la question des femmes-médecins, de l'enregistrement des diplômes, des médecins étrangers, du droit de distribuer des médicaments et des professions spéciales (dentistes, etc.) Il est d'avis que ces dernières doivent être soumises aux mêmes règles que l'exercice de la médecine.

Dans un second chapitre, il aborde la question de l'exercice illégal de la médecine et de la chirurgie, en considérant successivement les faits constitutifs du délit, le droit de poursuite et la compétence, enfin l'insuffisance de la répression.

Le chapitre suivant traite des lois de finances et de police relatives à la profession médicale (patente, police des amphithéâtres de dissection, prescription des substances vénéneuses, publicité des opérations chirurgicales, déclaration obligatoire des affections pestilentielles).

Sous le titre de Conclusions, Roland présente une critique générale de la loi du 19 ventôse an XI et montre, par un rapide aperçu des législations étrangères, que toutes les nations tendent à réglementer sévèrement l'exercice de la médecine, tout en rendant son enseignement libre.

III. — La circulaire préfectorale, qui a soulevé de si vives protestations parmi les médecins parisiens, était motivée sur le mode inconvenant dont on se débarrasse généralement des embryons en les jetant dans les fosses d'aisances, ce qui met quelquefois à tort la justice en mouvement.

Voici les conclusions du rapport que Durand-Fardel a présenté à la Société de médecine de Paris : « La présence du produit embryonnaire dans un avortement des premières semaines se trouve souvent soustraite à la constatation médicale, ou réduite à des fragments informes. Quand elle est possible, la présentation de l'embryon ou du fœtus ne saurait être prescrite au médecin dans le cas d'avortements secrets, de fausses couches survenant chez des filles et chez des femmes veuves ou séparées de leur mari. L'intérêt social lui-même exige le silence. »

IV. — Conclusions votées : « La Société de médecine légale de Paris est d'avis, tout en déclarant que la règle qu'elle formule ne saurait être imposée comme une obligation mais conseillée comme une ligne de conduite convenable et digne, que les médecins feront bien, toujours et absolument, de refuser des certificats indiquant la nature de la maladie à laquelle a succombé un de leurs clients et les circonstances dans lesquelles il est mort.

V et VI. — A l'occasion du projet de création d'une nouvelle Morgue et du projet d'un nouveau Code d'instruction criminelle soumis aux Chambres, Brouardel a exposé, dans un rapport étendu qui a été discuté et voté à la Société de médecine légale, les lacunes et les réformes de l'enseignement et de la pratique de la médecine légale en France.

Il montre qu'à part l'enseignement clinique médico-chirurgical, l'instruction médico-légale actuelle est plus ou moins défectueuse, ou même complètement nulle, et il en conclut à la nécessité d'un enseignement médico-légal spécial, toutes ces questions ne pouvant s'étudier dans les hôpitaux.

Abordant la pratique de la médecine légale, il note l'éloignement des médecins pour les fonctions d'expert et lui assigne deux raisons principales : la conscience de leur insuffisante préparation, et les honoraires dérisoires, datant de 1811, époque où l'argent avait trois fois plus de valeur qu'aujourd'hui.

Brouardel énumère ensuite les réformes qui lui semblent désirables.

J. B.

I. — Traité des signes de la mort et des moyens de prévenir les inhumations prématurées, par E. BOUCHUT, 3e édition (*Paris*, 1883).

II. — La rigidité et les taches cadavériques sont-elles toujours des signes certains de la mort ? par O. RAPIN (*Revue médicale de la Suisse romande, IX*, 27 *et* 46, *janvier* 1884).

III. — Frühzeitiger Eintritt von hohgradigem postmortalem Emphysem der Haut und innerer Organe, par FREYER (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin*, *p.* 37, *janvier* 1884).

IV. — Contribution à l'étude de la décomposition cadavérique hâtive ou foudroyante, par E.-R. PERRIN (*Revue d'hygiène et police sanit., novembre* 1884).

V. — **Fäulnisskrystalle in Leichen, par B. AUERBACH** (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, p. 66, *janvier* 1884).

VI. — **Beitrag zur Kenntniss der Fettwachsbildung, par ERMAN** (*Ibidem*, *XXXVII*, *p.* 51).

VII. — **Thanatologische Beitraege : 1° Eine 2 Jahre alte Wasserleiche; 2° Zwei mumificirte Leichen, par ERMAN** (*Ibidem*, *XL*, *p.* 29, *janvier* 1884).

I. — Les cent premières pages du volume sont consacrées à la relation des faits de morts apparentes donnés comme exemples d'inhumations précipitées. Puis l'auteur, après avoir exposé les phénomènes de l'agonie, commence l'étude des signes de la mort, qu'il répartit en deux catégories suivant l'époque de leur manifestation.

Parmi les signes *immédiats*, les plus certains sont : l'absence prolongée des battements et bruits du cœur à l'auscultation ; l'immobilité d'une aiguille enfoncée dans le péricarde ou dans le cœur, au niveau du cinquième espace intercostal près du sternum; les signes fournis par l'ophtalmoscope : décoloration du fond de l'œil, vacuité de l'artère centrale de la rétine, interruption du sang dans les veines rétiniennes par des bulles gazeuses; l'affaissement du globe oculaire et la toile glaireuse de la cornée ; la vacuité des artères établie par la section de la temporale; enfin, le relâchement simultané des sphincters. Parmi les signes *éloignés*, les plus importants sont l'absence de l'excitabilité électrique des muscles; le refroidissement continu et progressif du corps à 22 degrés dans le rectum et à 20 degrés dans l'aisselle, la rigidité et la putréfaction cadavériques.

Relativement au refroidissement des cadavres, des recherches étendues ont permis à Bouchut de formuler les lois suivantes : En hiver, dans les 24 heures qui suivent la mort, la température axillaire baisse de 0,8 à 1°,1 par heure. Dans les 24 heures qui suivent la douzième heure de la mort, la température axillaire baisse de 0,3 à 0,5 par heure. En été, le refroidissement du corps est moins rapide et moins considérable; il n'est que de 0°,3 à 0°,5 par heure.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, l'auteur s'occupe des mesures destinées à prévenir les inhumations prématurées. Les dépôts mortuaires lui paraissent inutiles sous ce rapport; en revanche, au point de vue hygiénique, ils peuvent rendre des services.

Quant à la vérification des décès, Bouchut voudrait qu'on en étendît le bénéfice à la population des campagnes (*R. S. M.*, II, 50; V, 245; VIII, 670; XII, 235; XIII, 223; XIX, 419.)

II. — Exemple de mort locale anticipée, d'arrêt complet de la circulation des membres inférieurs donnant, chez une personne vivante, les signes de la mort réelle : rigidité, taches, refroidissement.

Femme de 70 ans, atteinte de déviation rachidienne, de bronchite chronique avec emphysème, de fréquence et d'irrégularité du pouls sans lésion valvulaire. Crampes subites dans les jambes, durant plusieurs heures; hémiplégie faciale gauche et subdélirium passager. Le lendemain matin, à mesure que la paralysie faciale diminue, les crampes douloureuses des membres inferieurs reparaissent, sans œdème ni sensibilité à la pression. Refroidissement extrême, insensibilité de plus en plus grande des membres inférieurs. Plaques bleuâtres, livides, à bords diffus, sur les parties déclives des pieds, des mollets et des cuisses.

Le surlendemain, les taches cadavériques ont augmenté et s'étendent jusqu'au haut des cuisses. Extrémités complètement froides comme chez le cadavre; rigidité des deux membres inférieurs : une fois la résistance vaincue, ils redeviennent souples.

Sur les malléoles, les tibias et les genoux, petites plaques parcheminées analogues à celles des cadavres qui ont subi des traumatismes (frictions) ayant pour résultat de mettre le derme à nu.

Enfin, le quatrième jour au matin, arrive la mort par affaiblissement progressif et collapsus. 24 heures plus tard, la rigidité des membres supérieurs était très prononcée, celle des jambes presque disparue.

Rapin signale l'intérêt médico-légal de cette observation, s'il s'agissait d'une personne tombée en catalepsie.

Dans la discussion, Herzen déclare que le meilleur signe de la mort est fourni par l'exploration de la contractilité idio-musculaire. L'excitation électrique reste sans résultat du moment où les ramifications nerveuses intra-musculaires sont mortes. C'est ce qui aurait permis le diagnostic, en cas de catalepsie (*R. S. M.*, III, 800; IV, 426; IX, 250; XVIII, 23, XXI, 32).

III. — Homme d'une cinquantaine d'années, traîné sur les genoux par une voiture.

Les rotules sont à nu. Dès le surlendemain, fièvre, délire, vomiturititions, oppression, rétention d'urine. Mort le quatrième jour.

Autopsie 44 heures après le décès, par un temps frais. Rigidité encore persistante.

Le corps a une fausse apparence de constitution robuste, de musculature développée et d'embonpoint, tenant à la présence dans le tissu sous-cutané de gaz inflammables qui arrondissent les membres, épaississent et raccourcissent le cou, font saillir le thorax, etc.

A l'exception du cuir chevelu, tous les téguments sont tendus et résonnent comme une peau de tambour. Par places, on voit des phlyctènes remplies d'un liquide rosé dont le volume varie d'un grain de mil à la moitié d'un œuf de poule.

Le même développement de gaz s'observe dans les muscles et les viscères (sauf les poumons), où il se traduit à la fois par de la crépitation et des vésicules.

Aucune lésion du squelette ni des viscères.

Une fois l'autopsie terminée, et tout l'air échappé du tissu conjonctif sous-cutané, on dut reconnaître qu'on avait affaire à un homme plutôt émacié et de peu d'embonpoint. En même temps, au diagnostic premier d'emphysème sous-cutané par blessure costo-pulmonaire, on dut substituer celui d'érysipèle traumatique par plaie des genoux.

IV. — On admet généralement que dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, la putréfaction est plutôt retardée. Voici un exemple du contraire :

Au mois de mai, Perrin est requis pour établir la cause de la mort d'un marchand des quatre saisons, âgé de 62 ans, non adonné à la boisson et atteint d'une hémiplégie incomplète. Ses voisins avaient vu cet homme vivant, 48 heures au plus, avant l'enquête. Perrin constata qu'il s'était suicidé avec trois réchauds de charbon de bois.

L'état de putréfaction du cadavre rappelait celui d'un noyé qui aurait séjourné 30 ou 40 jours dans l'eau.

Emphysème sous-cutané universel; nombreuses phlyctènes et bulles sur tout le corps, dont quelques-unes de la largeur de la main sur les côtés du

tronc et de l'abdomen. Lèvres et paupières énormément gonflées et noirâtres comme chez le nègre.

V. — Sur un soupçon tardif d'empoisonnement par la strychnine, on exhume les corps de deux enfants âgés de quelques semaines qui étaient morts 110 et 134 jours auparavant.

L'estomac, le petit et le gros intestin des deux cadavres et en outre le feuillet pariétal du péritoine chez l'un d'eux, renfermaient une grande quantité de grains cristallins, transparents, blancs, dont les dimensions variaient d'un grain de chènevis à une tête d'épingle ou davantage. L'hypothèse d'un empoisonnement semblait ainsi confirmée. Mais l'abondance même de ces cristaux et leur présence simultanée dans les parois digestives et sur le péritoine indiquaient qu'il s'agissait d'un phénomène de putréfaction. L'analyse chimique, en effet, révéla que c'étaient des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

Il restait à expliquer leur profusion anormale. Or, l'enquête apprit que ces enfants avaient pris du carbonate de magnésie dont on put saisir le restant.

Quant à la présence des cristaux sur le péritoine, elle est due à un phénomène de diffusion.

VI. — Trois cadavres de noyés ayant longtemps séjourné dans l'eau et ayant subi la transformation adipocireuse présentaient les caractères communs suivants : une remarquable induration du tissu adipeux par suite de laquelle la peau et l'enveloppe graisseuse du cœur résonnaient sous le doigt. Il ne s'agissait pas là, comme l'a cru Devergie à cause de l'apparence extérieure, d'une incrustation de sels calcaires, mais d'une lixiviation de la graisse bien vraisemblablement; en effet, l'addition d'acide chlorhydrique ne déterminait aucune effervescence. D'un autre côté, la conservation des aponévroses musculaires excluait absolument l'idée que les muscles eussent pris part à la formation de cette carapace graisseuse. Sous la langue et dans la cage thoracique, se trouvaient des masses graisseuses que los observateurs antérieurs ont pris pour des vestiges d'organes. L'imbibition ayant pénétré jusqu'à l'intérieur des os avait diminué à tel point leur compacité que tout un membre inférieur flottait.

Erman conclut de ces trois autopsies qu'il décrit avec détails :

1° Contrairement à l'opinion courante, la putréfaction des corps dans l'eau ou dans la terre humide ne s'accompagne d'aucune transformation des matières albuminoïdes, spécialement du tissu musculaire, en graisse;

2° Les masses graisseuses qu'on trouve sur les cadavres adipocireux sont le résultat d'une lixiviation de la graisse existant pendant la vie.

VII. — 1° L'identité d'un noyé a pu être établie après un séjour de 1 an et 11 mois dans l'eau. L'étude de ce cadavre a confirmé Erman dans son opinion sur la nature de l'adipocire (*R. S. M.*, XVII, 244; XXII, 460.)

2° Relation de l'examen de deux cadavres momifiés, exhumés au bout de 12 ans sur un soupçon d'empoisonnement. Dans la fosse commune du cimetière Catherine de Hambourg, on superpose quatre à quatre les cercueils sans interposition de terre. Le sol du cimetière renferme des traces d'arsenic. Tout au fond de la rangée, se trouvait le corps de l'homme soupçonné d'avoir été empoisonné et qui l'était réellement, car on retrouva la quantité considérable de 0,2324 d'acide arsénieux dans son estomac, son foie, sa rate et ses reins. Son cercueil était le seul conservé des quatre; à l'extérieur et à l'intérieur du corps se trouvaient par places des mucédinées blanches et des coléoptères.

Le corps placé immédiatement au-dessus, qui était celui d'un tuberculeux, ne contenait pas trace d'arsenic, malgré que la destruction du cercueil eût laissé le cadavre en contact direct avec la terre légèrement arsenicale du cimetière. J. B.

I. — Contribution à l'étude de la criminalité en France de 1826 à 1880, par Jules SOCQUET (*Paris*, 1884).

II. — Aperçu statistique sur la criminalité du département des Landes de 1830 à 1880, par Louis SENTEX (*Annales d'hyg. publ. et médecine légale*, 3e *série*, *IX*, 254, *mars* 1883).

III. — De la criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire en Algérie, par A. KOCHER (*Thèse de Lyon*, 1883).

IV. — La médecine légale à l'île Maurice, par PELLEREAU (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *IX*, 222, *mars* 1883).

I. — 1° *Meurtres et tentatives.* Le nombre des accusés non français a suivi une marche plus rapidement croissante que l'immigration des étrangers; au contraire le nombre des accusés français diminue. Pour la période quinquennale 1876-1880, le nombre d'accusés de meurtre dans la France entière est de 4,3 pour un million d'habitants.

2° Les *assassinats* suivent une marche parallèle aux meurtres. Le nombre des femmes accusées d'assassinat va en augmentant de même que pour les meurtres. Mais le taux pour cent des femmes inculpées d'assassinat est le double de ce qu'il est pour le meurtre. Cela s'explique si l'on considère que le meurtre implique une sorte de lutte. Le nombre des jeunes gens âgés de 16 à 21 ans, celui des veufs et celui des habitants des campagnes va en croissant parmi les accusés aussi bien pour l'assassinat que pour le meurtre.

Dans la période de 1876-1880, le chiffre des accusés d'assassinat pour la France entière est de 6,5 par million d'habitants.

Somme toute, contrairement à ce que l'on admet généralement, les crimes contre la vie des adultes diminuent en France.

3° Les *infanticides*, comme tous les autres crimes contre la vie des enfants, augmentent, en revanche, dans une proportion effroyable. Dans les campagnes, les infanticides sont près de 4 fois plus communs que dans les villes.

Pour la période de 55 ans comprise entre 1826 et 1880, le taux moyen des infanticides est, dans la France entière, de 5,5 par million d'habitants.

Dans l'ensemble des départements, la suppression des tours a été suivie de l'augmentation du nombre des infanticides, à l'exception de la Côte-d'Or, de l'Isère, du Rhône et surtout de l'Ain, où ils ont diminué. C'est dans l'Indre-et-Loire que leur augmentation a été le moins marquée. Elle a été nulle dans la Seine.

4° *Avortements.* Le nombre des femmes accusées d'avortement est triple de celui des hommes, tandis que pour l'infanticide il est 15 fois plus considérable. Mais le nombre des accusées femmes augmente plus que celui des hommes. L'avortement devient de moins en moins fréquent dans les campagnes : de 1851 à 1855 il y était moitié moins fréquent que dans les villes; de 1876 à 1880, trois fois et demi moins répandu. De 1826 à 1880, la Vienne et le Loir-et-Cher n'ont compté en tout que 2 accusés d'avortements; les départements qui en ont compté le plus sont la Seine (297), le Gers (127), la Drôme (98), etc. Relativement au chiffre de la

population, c'est dans le Gers d'abord, puis dans la Drôme, que l'avortement est le plus commun.

5° *Viols et attentats à la pudeur sur des adultes.* Dans la période de 1876-1880, pour la France entière on en compte 3,3 par million d'habitants;

6° *Viols et attentats à la pudeur sur des enfants.* Ils sont en accroissement continu et très rapide; de 1836 à 1876, leur chiffre a presque quintuplé. Eu égard à la population, les étrangers fournissent presque 3 fois plus d'accusés que les Français. Ce crime est moins commun dans les campagnes que dans les villes. Ce sont des vieillards qui le plus souvent s'en rendent coupables, et les victimes sont d'ordinaire des petites filles laides, scrofuleuses, parfois borgnes, sourdes ou d'intelligence retardée.

Le taux moyen pour la France entière, dans la période de 1876 à 1880, est de 21,9 attentats sur enfants par million d'habitants.

Les *parricides*, les *coups et blessures à des ascendants*, les *empoisonnements* sont en décroissance. Les *incendies*, qui ont beaucoup augmenté dans les 25 premières années d'existence des compagnies d'assurances, commencent à diminuer. Quant aux causes des incendies, 19 0/0 d'entre eux sont allumés par désir de toucher une prime d'assurance; 14 0/0 par des vengeances de domestiques et d'ouvriers; 7 0/0 par des prisonniers désireux de se faire transporter.

Eu égard à la population, le maximum du nombre des accusés est fourni par l'âge de 30 à 40 ans pour les meurtres; de 21 à 40 pour les assassinats; de 21 à 30 pour les infanticides et les viols d'adultes; de 41 à 50 pour les avortements et les viols d'enfants. Les accusés mariés sont partout en minorité, les veufs au deuxième rang et les célibataires au premier. Il n'y a d'exception qu'en ce qui concerne les attentats sur enfants, où les veufs fournissent le plus grand nombre d'accusés. Le mémoire, si soigneux, de Socquet se termine par des diagrammes et des cartes indiquant les fluctuations et la répartition géographique des différents crimes.

II. — Les éléments du travail de Sentex ont été empruntés à la statistique officielle embrassant la période comprise entre 1830 et 1880.

Crimes contre les propriétés. Le département des Landes, avec une moyenne annuelle de 24 accusations, occupe l'avant-dernier rang, entre les Basses-Pyrénées (31) et les Hautes-Pyrénées (16). C'est la Seine qui occupe le premier rang (603), et la Seine-Inférieure le deuxième (132).

Crimes contre la morale. En ce qui touche les viols et attentats à la pudeur, les Landes occupent une position moyenne. Les *crimes contre les personnes* y sont rares.

Au point de vue des *crimes contre l'enfant* ou contre la reproduction de l'espèce (infanticides, avortements), le département des Landes occupe le premier rang (642) avec la Seine (671). Le Gers (424) arrive immédiatement après; les Landes forment ainsi la 2e catégorie avec le Morbihan (402) et les Basses-Pyrénées (398); ces trois départements sont ceux qui sont contigus avec celui des Landes.

Rapport du nombre des accusés à la population. A cet égard, les Landes occupent l'avant-dernier rang avec le chiffre de 13 accusés par 100,000 habitants, tandis que la Seine et la Corse en comptent 43.

Degré d'instruction des accusés. Les Landes sont au nombre des dé-

partements dans lesquels la proportion des accusés complètement illettrés varie de 41 à 50 0/0. En rapprochant ce chiffre de celui de la rubrique précédente, on voit qu'en France du moins l'on ne peut trouver dans l'ignorance la principale source de la criminalité, car ce sont les départements qui ont le plus d'illettrés qui fournissent le moins d'accusés. D'ailleurs ce qui le montre aussi c'est que, bien que le nombre proportionnel des illettrés ait diminué en France de moitié, de 61 à 30 0/0, de 1828 à 1850, il n'en a malheureusement pas été ainsi de la criminalité.

Récidivistes. Les Landes sont de tous les départements celui qui en fournit le moins, 17 sur 100 accusés.

Il partage ce bénéfice avec l'Ariège, la Haute-Loire, l'Ardèche et les Basses-Alpes, dans lesquels la proportion ne s'élève pas au-dessus de 20 0/0, tandis que la moyenne générale pour la France est de 32.

Pour les *suicides* le département des Landes figure également au dernier rang avec un chiffre de 6 suicidés par 100,000 habitants, tandis que la Seine en compte 39. Dans les Landes, la pellagre est une cause assez fréquente de suicide.

III. — Kocher a fait un véritable traité de médecine légale à l'usage de l'Algérie. Dans l'impossibilité d'énumérer même les nombreuses matières auxquelles il a touché, nous allons relever les particularités qui nous ont le plus frappé. Il existe un traité de jurisprudence arabe avec nombreuses applications à la médecine légale, c'est celui de Sidi-Khélil, auteur du XIVe siècle; il a été traduit en français.

Relativement au chiffre de la population, dans la période de 1879-1882, les étrangers et surtout les musulmans fournissent plus d'accusés que les Français.

Toutes les expertises sur les personnes se compliquent du fait que les Arabes n'ont pas d'état civil.

Au point de vue de l'identité, deux espèces de cicatrices sont importantes chez les indigènes : celle de la circoncision et celle de l'inoculation variolique qu'on pratique à l'aide d'incisions linéaires dans le premier espace interdigital.

Le tatouage est presque la règle chez les femmes, malgré la défense du Coran. La présence de figures féminines dans les dessins permet d'affirmer que l'Arabe s'est trouvé en contact avec la civilisation. Le tatouage est général chez les nègres qui ne sont pas nés en Algérie, et chaque tribu porte un dessin différent.

Un certain nombre d'indices professionnels sont spéciaux aux Arabes. Les cavaliers ont les uns une plaie, les autres une bourse séreuse ou une callosité à 3 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne ; c'est le résultat de l'étrier arabe, qui engaine complètement le pied. Les brodeurs, les fabricants de gandourahs et de burnous ont deux callosités, l'une dans le pli digito-plantaire du gros orteil droit, l'autre dans le pli phalangien du deuxième orteil, à la face plantaire : pour tendre leur ouvrage, ils le passent en effet autour de ces orteils. Les cordonniers ont une callosité vers le milieu du bord externe des deux pieds, parce que la courroie de cuir qui leur sert à fabriquer les souliers passe sous la plante de leurs pieds. Les coupeurs de tabac ont, au genou gauche, un peu au-dessous de la rotule, une callosité jaunâtre, parce qu'ils poussent avec ce membre les feuilles pour les faire arriver sous le couteau. Les

tourneurs de corne ont une callosité à l'extrémité de la face plantaire du gros orteil, qui est toujours relevé et qui leur sert à fixer le burin. Les porteurs d'eau ont une callosité un peu en arrière et en dedans de l'épaule gauche.

Tous les genres d'aliénation mentale se rencontrent chez les Arabes, mais la folie ne tend pas à s'y accroître, à en juger par les admissions à l'hospice d'Alger, qui, de 1867 à 1882, ont toujours formé un centième pour 1,000 habitants indigènes; la proportion est 87 fois plus grande chez les Français.

Au point de vue thanatologique, il y a à noter la momification des corps abandonnés à l'air, dans le sud de l'Algérie, où le sol est sablonneux et l'atmosphère très sèche; une période de 3 mois suffit pour produire une momification complète. D'autre part, le cadavre des coureurs arabes, morts de surmenage, se putréfie avec une excessive rapidité comme celui du gibier pourchassé.

L'empreinte du soulier arabe est caractéristique; elle se distingue sans peine de celles laissées par un soulier français, par un pied nu ou par un pied revêtu d'une chaussette. En effet l'extrémité antérieure de l'empreinte, arrondie comme dans le soulier français, mais plus large, est en outre réunie, en dehors seulement, à celle que laisse l'extrémité postérieure du soulier, par une trace d'autant plus large que la voûte du pied est plus cambrée. On sait que les souliers arabes sont plats et sans talon.

Les indigènes se tuent surtout entre eux; la jalousie est la cause la plus commune des meurtres. L'instrument vulnérant le plus habituel est la matraque, gros bâton d'olivier avec lequel on frappe horizontalement les côtés de la tête, produisant presque toujours des enfoncements ou fêlures des os. L'abdomen est surtout atteint par le couteau, et la poitrine par les coups de feu. Cette singulière répartition des blessures tient à l'agencement du costume arabe. Les plaies du cou offrent quelque chose de caractéristique, parce que, faites suivant les instructions du Coran pour la tuerie des animaux, elles siègent toujours très haut. Les projectiles d'armes à feu varient beaucoup de nature, car ce sont les indigènes qui les fabriquent eux-mêmes.

Les Arabes opposent une grande résistance vitale aux traumatismes les plus graves. L'incapacité de travail consécutive à une blessure est généralement moitié moindre chez eux que chez les Européens.

Les empoisonnements sont relativement rares; le plus souvent, ils sont commis par des femmes sur leur mari.

A part l'arsenic, les Arabes ne recourent qu'à des poisons végétaux, dont le plus commun est la racine fraîche de chamaéléon blanc, une synanthérée narcotico-âcre. Comme l'arsenic entre journellement à titre d'épilatoire dans la toilette des indigènes, il ne faut pas se hâter de conclure à un empoisonnement lorsqu'on en rencontre des traces dans les viscères.

Les Arabes n'essayent pas de dissimuler le corps de leur victime ni les instruments du crime.

En Algérie, le suicide paraît augmenter de fréquence chez les Français et surtout chez les Arabes, tandis qu'il est stationnaire chez les étrangers et les israélites. Les suicides féminins parmi les Français sont

moitié plus rares qu'en France ; parmi les étrangers et surtout parmi les israélites, ils sont exceptionnels. Au contraire ils sont communs chez les femmes indigènes. Comme en France, le maximum des suicides correspond au printemps et à l'été. La pendaison parmi les Arabes est deux fois plus répandue que le suicide par armes à feu. La précipitation est plus commune qu'en France, surtout à Constantine, où, sans doute en raison de la topographie de la ville, c'est presque le seul mode de suicide employé.

La submersion est rare et le suicide par asphyxie presque inconnu des Arabes.

Kocher est d'avis que la responsabilité pénale des indigènes doit être un peu atténuée, après le long jeûne du Ramadan et les orgies qui le suivent immédiatement.

Chez les indigènes accusés d'outrages publics à la pudeur, il y a à tenir compte de deux causes particulières : l'une est l'excitation génésique des fumeurs de kif ou chanvre indien, l'autre la disposition du pantalon, qui doit être complètement abaissé pour permettre la miction.

Le sodomiste passif arabe est jeune et robuste, il ne porte pas d'ornements féminins et fréquente les places publiques et les cafés maures. Son costume offre une particularité : en effet son pantalon a un orifice au milieu du derrière, dissimulé par les plis. Les déformations anales sont peu considérables. Chez tous les indigènes, le membre viril présente plus ou moins la conformation assignée par Tardieu aux pédérastes.

Le pantalon du sodomiste actif offre fréquemment un trou au niveau du pli génito-crural.

Le viol est toujours brutal. L'Arabe agit de force, il choisit les postures les mieux appropriées et son membre viril est d'un tiers plus long et plus gros que celui de l'Européen. Toutes ces circonstances expliquent les lésions monstrueuses qu'on observe dans la plupart des cas, notamment les déchirures des culs-de-sac vaginaux avec perforation abdominale.

Le viol dans le mariage constitue une espèce propre aux Arabes. Ils épousent des filles à peine nubiles, recourent à des corps étrangers pour dilater violemment le vagin ; aussi les premiers rapports conjugaux sont-ils assez souvent suivis de mort.

Les femmes arabes, dont le bassin est remarquable par son évasement, simulent quelquefois une grossesse, parce que le Coran défend au mari de répudier la femme enceinte ; mais, beaucoup plus communément, elles se font avorter pour éviter de rentrer sous le joug conjugal.

Les accouchements arabes sont entre les mains de femmes ignorantes, qui emploient les manœuvres les plus violentes.

Les nouveau-nés ont les cheveux très développés et une vivacité telle du regard qu'à un examen superficiel on serait tenté de leur attribuer plusieurs jours de vie.

Le verdet ou sous-acétate de cuivre joue un grand rôle, à la dose de 50 centigrammes, comme abortif indirect.

Dans le même but, on recourt aussi à l'inoculation variolique. Les femmes arabes se font avorter généralement tard, entre le 5e et le 6e mois de la grossesse.

L'infanticide n'offre rien de spécial à signaler.

IV. — L'île Maurice, anciennement Ile-de-France, contient 359,419 habitants, dont 249,000 indiens.

En 10 ans, de 1872 à 1881, il y a eu 190 assassinats, meurtres ou coups et blessures suivis de mort. Mais il faut y ajouter, pour avoir une idée de la fréquence de ces crimes, les coups et blessures non mortels, qui, en 4 ans seulement, de 1878 à 1881, se sont élevés à 813. La majorité de ces attentats est accomplie avec une arme contondante ou tranchante. L'empoisonnement est très rare ; 2 cas seulement en 10 ans.

Bien qu'un seul infanticide ait été jugé dans la période décennale, Pellereau estime que ce genre de crime n'est pas rare, d'autant que la mortalité des nouveau-nés est considérable. Les attentats contre les personnes s'observent surtout parmi la population indienne, et c'est le manque de femmes qui les engendre le plus souvent. Il y a actuellement à la prison centrale de Port-Louis 114 condamnés pour ces divers crimes, parmi lesquels 99 appartiennent à la race indienne. De ces 99, il y en a 54 qui ont tué leur épouse ou leur concubine. Les statistiques de Pellereau montrent en effet que dans la classe indienne : 1° la proportion numérique entre les femmes et les hommes n'a jamais été d'accord avec les lois physiologiques et sociales (en 1881, les femmes formaient le 64 0/0 de la population masculine); 2° à mesure que le nombre des femmes a augmenté, celui des crimes a manifestement diminué. A l'île Maurice, presque tous les crimes sont commis par des hommes; en 14 ans il n'y a eu que 6 condamnées.

Mais, outre le manque de femmes, il y a trois autres causes spéciales de crimes : l'abus du haschisch ou de l'opium et la sorcellerie. Les fumeurs de gunjah (chanvre indien) sont surtout dangereux; ils sont querelleurs et agressifs : cependant, contrairement à celle de l'opium, la vente du haschisch, sévèrement défendue, ne peut se faire que par contrebande.

La sorcellerie occasionne des crimes parmi les créoles ignorants. Pellereau cite un fait où un individu, atteint de fièvre paludéenne, a été fustigé jusqu'à mort par sa femme et un ami, sous prétexte qu'il était possédé du démon.

Les suicides ont été au nombre de 476 dans les 10 ans ; ils sont très rares parmi les femmes et inconnus chez les enfants de Maurice. Relativement au mode, on a compté 410 pendaisons (Indiens), 21 incisions de la gorge (idem), 19 submersions, 15 empoisonnements, 7 suicides par armes à feu et 4 par chemin de fer. Une cause spéciale de suicide à Maurice est la lèpre.

J. B.

I. — Lynchjustiz an Pferdedieben in den Ostseeprovinzen, par KŒRBER (*Viertelj. f. gerichtl. Med., nouv. série, XXXIX*, 266).

II. — Intracranieller Bluterguss in Folge einer Ohrfeige, par F. FALK (*Ibidem, XXXV*, 43).

III. — War der Arbeiter M. in Folge der erlittenen Kopfverletzung gestorben? par MERNER (*Ibidem, XXXVIII*, 58).

IV. — Violences légères sur la tête. Hémorragies multiples dans les diverses portions de la masse encéphalique. Mort rapide, par Louis SENTEX (*Annales d'hyg. publ., février et juin* 1883).

V. — Zwei perforirende Hirnschüsse. Mord oder Selbstmord? Dargestellt von O. NAEGELI (*Viertelj. f. gericht. Med. XLI*, 231, *octobre* 1884).

VI. — Mit mehrfachen Verletzungen vorgefundene beraubte Leiche, par MASCHKA (*Ibidem, XLI*, *p.* 11, *juillet* 1884).

VII. — Paralysis agitans oder ein anderes Nervenleiden? par HEER (*Ibidem, XL*, 285, *avril* 1884).

VIII. — Procès-verbal d'autopsie rédigé à l'occasion de la mort de M. Dosquet, dit Saint-Elme. Rapport à la Société de médecine légale, par LAUGIER (*Annales d'hyg. publ.*, *septembre* 1884).

IX. — Bruch des Zungenbeins, par COHN (*Viertelj. f. ger. Med.*, *XL*, *p.* 290).

X. — Seltener Fall von innerer Verletzung, par C. SEYDEL (*Ibidem, XL, p.* 295, *avril* 1884).

XI. — Mort subite pendant la durée d'une colique hépatique, par BROUARDEL (*Annales d'hyg. publiq. et de médec. lég.*, 3e *série*, *VII*, 270).

XII. — Die Untersuchung gegen den Gartennahrungsbesitzer..., par SCHWARZE (*Viertelj. f. gericht. Med. XXXIX*, 254, *et XL*, 41, *octobre* 1883 *et janvier* 1884).

XIII. — Verdacht einer gewaltsamen Tödtung zweier Personen..., par MASCHKA (*Ibidem*, *XXXIX*, 40, *juillet* 1883).

XIV. — Observation d'asphyxie par le gaz d'éclairage, devenue mortelle par une administration maladroite de l'ammoniaque, par ESTRADÈRE (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, *XII*, *v.* 4, *août* 1884).

I. — Chaque année les médecins légistes des bords de la Baltique ont l'occasion de faire des autopsies d'individus qui ont succombé uniquement à des hémorragies sous-cutanées, consécutives à une fustigation ou à des sévices analogues. Ce sont des voleurs de chevaux, victimes de la justice populaire. L'instrument le plus souvent employé est les verges, et la correction n'est pas poursuivie systématiquement et intentionnellement jusqu'à ce que mort s'ensuive. Quand il existe des circonstances aggravantes, que le voleur en se défendant a blessé quelqu'un ou qu'il a refusé de nommer ses complices, on remplace les verges par le gourdin ou les pierres. Ce mode cruel de répression n'est d'ailleurs appliqué qu'aux récidivistes ou aux voleurs qui sont restés impunis.

Les lésions les plus constantes sont des épanchements sanguins généralisés sous la peau et une anémie plus ou moins grande de tous les viscères. L'état de l'épiderme diffère suivant l'instrument vulnérant et suivant que l'homme a été dépouillé ou non de ses vêtements. Les plaies du derme et les fractures sont exceptionnelles.

Dans l'un des deux faits rapportés par Kœrber, il y avait eu en outre strangulation, disjonction des sutures du crâne, fracture de plusieurs de ses os et hémorragie à l'intérieur de sa cavité.

II. — Exemple de blessure mortelle occasionnée par un coup sur la tempe porté avec la main et sans lésion osseuse.

Un homme de 48 ans, bien portant, reçoit au côté droit de la tête un soufflet ou un coup de poing, accompagné d'un bruit analogue à celui de la rupture d'un morceau de bois. Le blessé fait un tour sur lui-même et tombe en arrière, l'occiput sur des dalles; cette chute est également très bruyante.

D'abord étourdi, l'homme se relève pour se traîner au poste distant de 300 pas, en soutenant avec la main sa tempe droite. Un peu plus tard, on le retrouve sans connaissance sur la route, et il succombe dans cet état le lendemain matin.

A l'autopsie, toutes les lésions sont limitées à la tempe droite; occiput intact. Le muscle temporal droit, contusionné dans toute son étendue, est infiltré de sang. Entre l'écaille temporale et la dure-mère épanchement sanguin large de 5 centimètres et épais de moitié. Au niveau les méninges et le lobe temporal droit sont déprimés. Vive injection méningée. Rien dans le cerveau. A la base de crâne, de chaque côté de la pyramide, plusieurs caillots mous. Réplétion des sinus, surtout du pétreux droit. L'examen microscopique ne révèle aucun athérome des vaisseaux.

On pourrait objecter que l'hémorragie méningée, cause de la mort, a été la conséquence de la chute. Mais il n'existait aucune lésion au niveau de la région occipitale, les extravasats intra-craniens, correspondaient exactement à la blessure des parties molles et leur étendue répondait bien à celle d'une main.

III. — Le 25 juin, un laboureur reçoit sur le pariétal gauche un coup d'une pelle en fer dont le manche se brise. Il s'affaisse sans connaissance. Une heure plus tard, on le mène en voiture chez un médecin qui déclare la plaie légère. Dès le 28 cet homme se remet à jardiner, mais le 29 au matin il meurt brusquement. A l'autopsie, plaie limitée au cuir chevelu; anévrisme de la crosse aortique rompu dans le péricarde.

Les experts conclurent que la mort de l'homme était naturelle et n'avait aucun rapport avec sa blessure, qui était légère. Le juge d'instruction leur posa alors la question, si, dans l'état de maladie de la victime, la mort n'avait pas pu être accélérée par la perte de sang ou la fièvre consécutives au traumatisme, qui aurait joué un rôle indiscret dans la terminaison fatale. Les experts répondirent par la négative, ajoutant que la plaie était non seulement légère, mais sans aucune importance.

Le parquet non satisfait réclama l'avis du collège médical de la province, qui adopta complètement les conclusions des premiers experts.

IV. — Un homme de 60 ans reçoit deux coups de poing, l'un sur le derrière de la tête, l'autre vers la tempe gauche. Immédiatement il est pris d'une hémiplégie gauche de la face et des membres, d'un refroidissement général, et il meurt 9 heures après l'accident.

A l'autopsie, ecchymoses occipitale et temporale insignifiantes. Intégrité des os du crâne. Congestion de tous les vaisseaux méningés. Epanchement sanguin sous-méningé. Rupture du plexus choroïde droit. Hémorragies cérébrales multiples dans le ventricule latéral droit et dans la protubérance. Pas d'athérome des gros vaisseaux de la base. Cœur absolument sain.

Sentex conclut ainsi son rapport : L'homme a succombé à des hémorragies cérébrales multiples. Ces hémorragies cérébrales survenues sous l'influence des coups de poing donnés sans grande violence, ainsi que cela ressort des dépositions et de l'absence de traces à l'autopsie, n'ont pu se produire qu'à cause des altérations préexistantes (anévrismes miliaires, sclérose artérielle) du système circulatoire de l'encéphale.

Dans la discussion de la société de médecine légale, Brouardel a contesté les conclusions de Sentex.

Pour lui les accidents mortels sont la conséquence des coups reçus sur la tête, et cette observation vient à l'appui des expériences pratiquées sur les animaux qui ont montré l'élasticité du crâne et la rupture possible de l'aqueduc de Sylvius par reflux du liquide cérébro-rachidien à

la suite de chocs et de violences. Quant aux anévrismes miliaires, ils ne se supposent pas; s'ils existent, on peut les constater.

V. — Un paysan de 56 ans est trouvé mort dans son lit; sa femme est soupçonnée de l'avoir assassiné. Le corps repose sur le dos, les genoux fléchis, la tête penchée à droite. A côté du bras droit étendu est un revolver dont l'embouchure du canon regarde les pieds du cadavre; 2 coups de l'arme sont déchargés; il en est resté 3; les balles ont 9 millimètres. La face présente deux plaies : 1° au-dessous de l'angle interne de l'œil gauche un orifice ayant les dimensions d'un haricot; 2° dans le sourcil gauche, immédiatement à côté de l'échancrure sus-orbitaire, un second orifice plus petit qu'un pois. Au pourtour de l'un et de l'autre, tatouage formé par des grains de poudre; sourcils flambés.

Dans la fosse moyenne droite du crâne, à quelques centimètres au-dessus de l'union des sutures sagittale et coronale, perforation du crâne et de la dure-mère, dans l'étendue d'un pois; sur la partie correspondante du cerveau, se trouve un projectile aplati latéralement. En retirant le cerveau, tombe de la fosse postérieure le second projectile, aplati seulement à son extrémité. Aux deux balles adhèrent quelques esquilles. Le plafond de l'orbite gauche présente une fissure transversale de 4 à 5 centimètres de long, partant d'un orifice de 1 centimètre et demi, qui intéresse surtout l'ethmoïde. Apophyse crista-galli disparue.

De l'orifice d'entrée du second projectile, au niveau de l'angle nasal de l'œil, par un trajet dirigé horizontalement au-dessous de la base du crâne, passant au-dessous du dos de la selle turcique et ayant produit au niveau du clivus et de la partie antéro-inférieure de l'occipital une ouverture à bord esquilleux, du calibre d'une noisette. Sur le prolongement direct de ce trajet, à droite de la ligne médiane et à peu près à mi-hauteur de l'occipital, se voit, à la face interne de cet os, une place de teinte plombée, entourée de fissures minuscules : c'est l'endroit contre lequel est venu frapper le second projectile.

Vaste suffusion sanguine à la surface de tout le cerveau; caillots au-dessous de la pie-mère du côté droit. En correspondance avec l'orifice d'entrée sourcilier se voit, dans la portion frontale des 2e et 3e circonvolutions droites du lobe antérieur droit, un large canal qu'on peut suivre avec le doigt jusqu'à son issue à la face convexe de la partie antérieure du lobe moyen droit; à la coupe, on constate le broiement des parties touchées par ce projectile.

L'hypophyse cérébrale est complètement détruite. Le lobe antérieur de la moitié droite du cervelet est contus superficiellement. Ecchymoses dans les tubercules quadrijumeaux.

Carotide droite déchirée latéralement au niveau du canal carotidien.

Un ensemble de circonstances embarrassait les experts. Le lit était disposé de façon qu'on ne pouvait l'aborder que par la droite. L'homme lui-même était droitier. Les coups de feu étaient dirigés de gauche à droite. Enfin, l'arme retrouvée était en si mauvais état qu'il était impossible de tirer deux coups de suite.

Les premiers experts conclurent que chacune des deux blessures, considérée isolément, était par elle seule absolument mortelle; que l'une des balles a déterminé un broiement du lobe antérieur droit, des extravasats sanguins sur les deux hémisphères et une commotion cérébrale qui a été la cause de la mort. L'autre projectile, à côté de lésions cérébrales remarquablement insignifiantes, a troué la carotide en donnant lieu à une hémorragie foudroyante. La mort doit avoir été instantanée.

La seule circonstance favorable à l'idée d'un suicide est la situation de l'arme retrouvée; un meurtrier n'eut sans doute pas manqué de la mettre dans la main de sa victime. Dans l'hypothèse d'un suicide, il reste à établir

l'ordre chronologique des deux coups. Ici les 3 experts ne sont pas d'accord. Deux d'entre eux, considérant que les dégâts matériels commis par le projectile sourcilier sont plus étendus, pensent qu'ils correspondent au deuxième coup. Nægeli, s'appuyant sur des considérations physiologiques, renverse au contraire cet ordre chronologique. Mais tous trois s'accordent à trouver l'hypothèse du meurtre plus plausible, vu la difficulté de faire marcher l'arme pour tirer rapidement un second coup.

Dans ces conditions, Nægeli fit appel aux lumières de Huguenin. Celui-ci établit que les projectiles étaient dirigés de gauche à droite et de bas en haut, surtout le supérieur, enfin qu'aucun d'eux n'avait détruit des organes vitaux du cerveau, soit directement, soit indirectement, à part la carotide.

Si c'était une maladie qui eût occasionné les lésions faites par le projectile sourcilier, elle n'aurait entraîné ni perte de la connaissance, ni paralysie des membres, tout au plus, peut-être, un peu d'hémiplégie faciale gauche. D'ailleurs, on connaît un certain nombre de blessures cérébrales analogues qui n'ont pas donné lieu à une perte de la connaissance. Sous ce rapport, il est donc possible que l'homme se soit tiré le second coup, qui lui, au contraire a dû amener une perte immédiate de la connaissance par commotion de bulbe, sans compter l'ouverture de la carotide. En résumé Huguenin ne considère pas chaque coup isolé comme mortel par lui-même; seule la balle inférieure offre ce caractère. Aussi admet-il la possibilité que l'homme se soit tiré les deux coups, à la condition que, chronologiquement, le coup supérieur ait été le premier.

Mais dans l'hypothèse du suicide, étant donnée la direction des coups de feu, il faut ou bien que l'homme ait fortement tourné la tête à droite, ou bien que, tenant le revolver des deux mains, il ait pressé la détente non avec l'index, mais avec le pouce droit. Si, au contraire, on admet un meurtre, toute la situation devient beaucoup plus naturelle et plus compréhensible : les orifices d'entrée à gauche n'ont rien alors d'étonnant.

Donc, en dernière analyse, au point de vue médico-légal, il n'y a rien de contraire à la possibilité d'un suicide, mais l'idée d'un meurtre est plus plausible.

Martini, l'inventeur du fusil qui porte son nom, fut chargé d'une expertise technique. Des expériences faites avec le revolver si défectueux et de la direction des balles, il conclut que la seule position naturelle de l'arme, et presque la seule possible dans l'hypothèse du suicide, c'est qu'elle ait été tenue renversée la détente en bas, le pouce de la main droite sur la détente, tandis que la main gauche soutenait le revolver et dirigeait les coups. Mais alors il ne s'explique pas qu'on ait retrouvé l'arme au côté droit du cadavre, d'autant plus que son recul était énorme.

Le parquet réclame une contre-expertise de Kappeler, qui se rallie à l'opinion de Huguenin sur la gravité respective des deux blessures, et partant sur leur succession chronologique dans la supposition d'un suicide qui lui paraît moins étrange qu'à tous les précédents experts.

VI. — Cadavre d'homme trouvé dans un bois, couché sur le dos, la tête reposant sur un habit replié, le membre inférieur gauche étendu, le genou droit fléchi, le bras gauche sur la poitrine et le droit un peu écarté du corps. A la droite du cadavre était un revolver dont deux coups étaient encore chargés; à la gauche, un couteau de poche à deux lames, l'une ouverte, l'autre fermée, et toutes deux ensanglantées. Vêtements tachés de sang, mais intacts. Autour du corps, ni sang, ni vestiges de lutte; coup de feu dans la tempe droite, avec orifice noirci au pourtour. Au milieu du front, immédiatement au-dessus de la racine du nez, autre coup de feu encore plus noir de poudre que le précédent. Au niveau les téguments sont nettement coupés sur une hauteur verticale de 5 centimètres et une largeur d'un demi-centimètre ; au

fond de la plaie on aperçoit le frontal. L'orifice du projectile occupe le centre de cette plaie.

Au milieu du cou, plaie nette de 6 centimètres de long, béante, ayant lésé les vaisseaux au niveau du larynx. Os temporal droit et frontal perforés : les projectiles sont restés entre les lèvres internes des deux plaies osseuses. Méninges à peine touchées; cerveau pas du tout. Épanchement sanguin sur les méninges.

Les premiers experts exclurent le suicide, pour admettre un assassinat, en se fondant sur les arguments suivants : la victime, une fois le premier coup tiré, a dû perdre connaissance et ne pouvoir se faire les autres blessures. La plaie frontale, qui est attenante à l'un des coups de feu, a été faite avec un couteau, comme celle du cou, et c'est là une circonstance qui témoigne aussi de l'assassinat. Il est vraisemblable que l'homme a reçu successivement deux coups de feu, le premier dans la tempe, le second au front, puis qu'il a été frappé à coups de couteau au cou et au front.

Le tribunal chargea Maschka d'une contre-expertise dont voici les conclusions :

La plaie frontale, bien qu'offrant en apparence les caractères d'une plaie par instrument tranchant, n'a pas nécessairement été faite avec un couteau. Il est possible qu'elle ait été produite par l'éclatement et la déchirure de la peau à la suite du coup de feu lui-même, ainsi que c'est assez souvent le cas quand l'arme est immédiatement appliquée contre le corps.

L'idée d'un suicide paraît vraisemblable si l'on tient compte des faits suivants :

1° Toutes les blessures constatées peuvent très facilement avoir été faites par la victime même, et elles siègent aux lieux habituels pour les suicides ;

2° La coloration noire du pourtour des orifices indique que les coups ont été déchargés tout contre le corps ;

3° Deux armes ont été retrouvées aux côtés du cadavre, et l'une et l'autre sont aptes à avoir produit les blessures.

4° Ni les vêtements du cadavre ni le sol au voisinage n'offrent aucune trace de lutte.

5° Trois témoins ont déclaré que, trois jours auparavant, cet homme avait fait devant eux des tentatives réitérées pour se planter un couteau dans la poitrine.

La multiplicité et la diversité des blessures n'est pas un argument contre le suicide, car, dans le cas actuel, rien n'empêche que l'homme ait pu se les faire l'une après l'autre. En effet, les balles n'ayant traversé que les os sans pénétrer dans la cavité extérieure, il est très possible que le blessé ait conservé sa connaissance non seulement après le premier, mais encore après le second coup, et qu'il ait pu ensuite se trancher le cou. Si, au contraire, il a commencé par se couper la gorge, cette plaie n'était pas non plus mortelle ni capable de lui enlever les moyens de se tirer les coups de feu.

VII. — Dans une dispute, un homme de 26 ans est frappé à coups de poing sur la tête et à coups de bâton sur la nuque. Au bout de 4 jours, le médecin expert constate l'état suivant : trois plaies du cuir chevelu, deux sur le front, une au sinciput; excoriations d'ongles sur les côtés du cou. Tremblement continu de la tête : un mois et demi plus tard, ce dernier phénomène était encore plus intense, l'expert conclut au début probable d'une paralysie agitante occasionnée par les mauvais traitements.

Le parquet désigne Heer pour tenir le blessé 6 mois en observation et rédiger ensuite son rapport. L'homme déclare, sous serment, que le tremblement est survenu dès le lendemain de la dispute, que d'abord il a été quotidien, puis ne s'est plus montré que 4 ou 5 fois par mois, et seulement durant 5 minutes. Du 31 octobre au 4 décembre, il a complètement disparu ; ce jour-là, à la suite d'une vive frayeur, il est revenu pendant 15 jours ; puis il a cessé pour ne reparaître que le 20 janvier, le 14 mars et le 15 avril ; chaque fois seulement durant quelques minutes, et depuis lors rien.

Il n'y a aucun motif d'admettre une simulation, car l'homme ignorait si bien la valeur du phénomène morbide en question, qu'il ne s'est jamais plaint.

En raison du début brusque à la suite d'un traumatisme et de l'âge peu avancé du blessé, Heer repousse l'idée d'une paralysie agitante pour admettre un spasme réflexe des deux muscles animés par l'accessoire de Willis, spasme survenu à la suite d'un traumatisme du rachis cervical.

VIII. — Le sieur Saint-Elme, déjà malade, fut, le 13 janvier, l'objet d'une agression ayant déterminé quatre plaies contuses à la tête et deux ecchymoses, l'une au niveau de l'omoplate droite, l'autre au niveau de la tête du fémur gauche. Le 29 janvier il a des hémoptysies, et le 8 avril suivant il meurt.

Autopsie. — Deux cicatrices linéaires au front. Escarre trochantérienne gauche. Caverne de la grosseur d'un œuf de poule, au sommet du poumon droit. Granulations tuberculeuses dans les poumons, les plèvres, le péritoine et les méninges.

Conclusions : la mort est due à une granulie aiguë généralisée.

IX. — Cadavre d'une femme dans la cinquantaine présentant des blessures multiples : 1° à la tête, trois plaies contuses allant jusqu'à l'os et une bosse sanguine. Extravasat sanguin de 3 centimètres et demi d'épaisseur, de 15 de long et de 10 de large sur toute la face interne du cuir chevelu. Épanchement sanguin entre la pie-mère et le cerveau, au niveau de la bosse sanguine extérieure. Oreille gauche ecchymosée.

2° Au cou, tout le devant et les côtés du cou jusqu'au sternum sont rouge bleuâtre, et les téguments incisés donnent issue à du sang sirupeux. Muscles cervicaux infiltrés de sang. Carotides intactes. Fracture de la grande corne droite de l'os hyoïde, qui est complètement détaché.

3° Au thorax, plaque d'induration ecchymotique à 5 centimètres en dedans du mamelon droit, et enfoncement de la 6e côte de ce côté.

4° Au dos de l'avant-bras et de la main droite, stries noir bleu, et épanchements sanguins sous-cutanés.

5° Poumons ballonnés, rouge bleu, contenant en abondance un sang noir, spumeux.

6° Caillots au niveau du hile du rein droit.

7° Épanchement sanguin dans le pancréas. Congestion de la rate et des reins.

Cohn conclut que la mort a été le résultat de l'asphyxie occasionnée par la strangulation manuelle dont les épanchements dans les muscles cervicaux et la fracture hyoïde sont les indices. En même temps il y a eu coups portés par un instrument contondant sur la tête et le thorax. Voici sans doute comment les choses se sont passées. Après avoir labouré de coups sa victime, le meurtrier la voyant encore respirer l'a étranglée en la saisissant par le cou. Les traces de bâton sur le bras droit témoignent de la résistance de la victime, qui cherchait à parer les coups et à écarter son meurtrier.

X. — Un vagabond, âgé de 25 ans, et de charpente robuste, mourut sans pousser un cri, écrasé brusquement pendant son sommeil par la manœuvre hydraulique d'un pont tournant au-dessous duquel il s'était réfugié. Voici les singulières lésions qu'on nota à son autopsie.

Fracture du bras droit. Luxation de la mâchoire inférieure en arrière du

côté gauche. Gonflement énorme de la région fessière gauche, du scrotum, qui a le volume d'une tête d'enfant, et du tiers supérieur de la cuisse droite, qui forme une tumeur contenant à la fois des gaz et des liquides.

A la base du crâne, du côté droit, deux fractures intéressant, l'une le corps du sphénoïde et le temporal, l'autre le sommet de la pyramide et l'occipital, dont l'apophyse articulaire droite est complètement détachée.

Fractures des 4e et 5e côtes droites, des 7e, 8e et 9e côtes gauches au voisinage du rachis; fracture du corps de la 5e vertèbre thoracique.

Diastasis entre la 4e et la 5e vertèbre dorsale; moelle épinière en bouillie sur une hauteur de 5 centimètres.

Déchirure du poumon gauche, au niveau de son bord antéro-inférieur. Des deux côtés, le diaphragme est situé au niveau du bord inférieur de la 5e côte.

Épanchement sanguin de médiocre abondance dans la cavité abdominale, qui ne contient d'autres viscères que le foie, profondément abaissé et rompu au niveau du côté droit, et quelques anses d'intestin grêle.

La rate occupe une cavité qui s'est formée entre la deuxième côte gauche et l'os iliaque. Dans cette cavité, qui s'étend jusqu'au-dessous du grand fessier, se trouve aussi un bout de l'estomac et le rein gauche broyé. Le reste de l'estomac et un fragment du foie, gros comme un œuf d'oie, auquel est appendue la vésicule, sont placés dans la moitié droite du scrotum, sans revêtement du péritoine. La majeure partie de l'intestin grêle s'est glissée dans la tumeur de la cuisse droite; là non plus il n'y a ni épanchement sanguin ni péritoine. Le rein doit occuper sa place normale. Pancréas infiltré de sang. Déchirure de la partie inférieure de l'œsophage. Diastasis de la symphyse pubienne. Rupture de la vessie à sa partie supérieure. Les deux articulations coxo-fémorales sont ouvertes.

Un point très intéressant, c'est l'absence à peu près complète d'épanchement sanguin dans les sacs herniaires accidentels. Cela rappelle les expériences de Moeller (*Viert. f. ger. Med.* 1860), qui montrent que les contusions produites très brusquement pendant la vie peuvent entraîner des délabrements considérables dans les viscères sans issue de sang, de sorte qu'on peut d'abord hésiter sur l'époque de leur production.

XI. — Une jeune femme de 30 ans se rend en courant à la gare. Quelques minutes après être assise dans le wagon elle est prise de douleurs abdominales extrêmement vives et de vomissements. Dix heures plus tard, elle succombe brusquement. Autopsie 5 jours après la mort : calcul peu volumineux dans le canal cholédoque, au niveau de l'ampoule de Vater. 71 calculs gros comme des pois dans la vésicule. Œdème sous-muqueux du duodénum et du jéjunum. Hémorragie du pancréas. Foie un peu graisseux.

Presque tous les auteurs admettent la possibilité de la mort par syncope dans la colique hépatique, mais les observations en sont rares. Brouardel en a trouvé 5, dont 2 dues à Portal et les 3 autres à Curry, Boudet et Durand-Fardel; mais aucune n'est absolument comparable à la sienne. Il pense qu'une douleur vive portant sur les ramifications du plexus solaire est capable de déterminer une syncope, ainsi que cela se voit lorsqu'une violente contusion atteint la région épigastrique.

XII. — Un matin de décembre, on trouva mortes, dans leur lit commun, deux fillettes de 8 et de 10 ans, qui la veille encore étaient en parfaite santé. Immédiatement les soupçons se portèrent sur le père, homme ivrogne et brutal qui avait eu des relations contre nature avec ses trois femmes successives.

L'autopsie des deux cadavres fournit des résultats presque identiques. Comme lésions externes, il y avait des contusions de la face surtout. Le clitoris

était très développé; l'hymen détruit; l'anus largement dilaté et en outre procident chez l'aînée.

Pointillé ecchymotique des conjonctives. Cyanose des ongles et des lèvres. Dents serrées, etc. En somme, des lésions d'asphyxie, plus marquées chez l'aînée.

Les premiers experts conclurent à une mort par asphyxie dont le mode ne ressortait pas avec certitude de l'autopsie. Mais la supposition la plus vraisemblable était qu'on avait suffoqué les deux enfants en leur couvrant la tête avec la couverture du lit, extrêmement lourde, qui avait été appliquée solidement sur le nez et la bouche et peut-être maintenu par le meurtrier lui-même couché en travers sur leurs corps.

Le tribunal, ne se sentant pas suffisamment éclairé, réclama l'avis de la Faculté de médecine de Leipzig. Celle-ci déclara que l'asphyxie n'était pas si certaine que l'assuraient les premiers experts, vu la vacuité des oreillettes chez les deux cadavres, et en outre, sur celui de la cadette, la présence d'une plus grande quantité de sang dans le cœur gauche que dans le droit. Elle ne peut non plus affirmer que la mort soit le fait d'une main étrangère, car toutes les ecchymoses, excoriations constatées, peuvent provenir d'une autre cause ou même remonter à une date ancienne.

D'autre part les lésions anales ne sont nullement démonstratives d'attentat contre nature, car l'anus béant est un phénomène cadavérique très commun et qui peut ici s'expliquer en outre par les essais de respiration artificielle.

Les juges, de plus en plus embarrassés, s'adressèrent au conseil de surarbitres à Dresde. Celui-ci commença par rappeler que la tâche de l'expertise était singulièrement facilitée par la duplicité du cas; si on s'était trouvé en présence d'un seul cadavre, il eût été bien difficile de se prononcer sur la cause de la mort.

Les phénomènes d'asphyxie (stase veineuse générale des viscères, sang noir et fluide, etc.) sont suffisamment caractérisés, bien qu'un peu moins nets chez la cadette, qui, plus faible, a dû succomber la première. Quant à l'état du cœur, il n'offre rien de constant dans l'asphyxie. En effet, Niemann (*Henke's Zeitschrift*, tomes 72 et 74) cite trois cas où le cœur gauche contenait plus de sang que le droit. Le même fait a été noté deux fois chez des pendus, à l'amphithéâtre de Dresde. La vacuité des oreillettes n'a aucune signification. Quant à l'état de l'anus, il est sûrement l'indice d'actes contre nature, étant donné surtout qu'il s'agit d'enfants.

En résumé, la mort par asphyxie est indubitable; un double suicide ou une double mort accidentelle sont dans l'espèce inadmissibles. Il en résulte que la mort est bien l'œuvre d'un tiers, qui a sans doute pratiqué l'occlusion du nez et de la bouche au moyen de la couverture, qui n'a pas laissé de traces, car les contusions et excoriations constatées ne sont pas caractéristiques de violences. L'asphyxie par obturation des orifices respiratoires est le mécanisme qui explique la mort simultanée de ces enfants.

XIII. — Un ouvrier d'antécédents irréprochables est accusé d'avoir assassiné sa femme et son enfant, âgé de 6 semaines, qui a toujours été malade depuis sa naissance. La mère couchait avec son nourrisson dans un lit à côté duquel se trouvait une lampe à pétrole. Le mari couchait sur un banc placé au pied du lit. Vers minuit, il fut réveillé par les cris de son enfant. Ayant vu que sa mère s'efforçait de le calmer, l'homme se rendormit jusqu'à 2 heures, où il fut réveillé brusquement par la fumée qui l'empêchait de respirer. Il s'aperçut alors que le lit était en feu. La femme était assise à l'extrémité inférieure du lit, le haut du corps appuyé contre le bois de lit, la lampe vide dans sa main droite. Elle était morte ainsi que l'enfant, qui se trouvait à la tête du lit, sur un oreiller respecté par le feu. Les flammes n'avaient d'ailleurs guère atteint que l'endroit occupé par la mère.

Le mari ne put indiquer la manière dont le feu avait pris. Il parut suspect que sa femme n'eût pas crié au secours et qu'il n'ait été réveillé que par la fumée. Aussi le bruit se répandit qu'il avait étouffé ou empoisonné sa femme et son enfant et avait ensuite mis le feu pour dissimuler son double crime.

Le corps de la femme était couvert de brûlures au deuxième degré. Il ne présentait aucune trace de violence, mais tous les signes de l'asphyxie. Intégrité du tube digestif.

Le corps de l'enfant n'offrait aucune brûlure ni aucun traumatisme externe. A la cuisse gauche, énorme abcès par congestion provenant d'une fracture de l'iléon. Quelques ecchymoses grandes comme des têtes d'épingle au niveau du poumon gauche et une large ecchymose au niveau du foie. L'examen spectroscopique du sang des deux cadavres n'y révèle pas traces d'oxyde de carbone.

Maschka conclut que les brûlures ont été la cause de la mort de la mère. Quant à l'enfant, s'il est possible qu'il ait succombé étouffé accidentellement sous un drap, vu son état de santé, il est également possible que la mort ait été naturelle. Dans ce cas, voici comment on pourrait expliquer le réveil tardif du mari et l'absence de cris de la femme. L'enfant ayant succombé inopinément cette nuit, la mère, qui était récemment accouchée, s'évanouit à la vue de son cadavre et répandit sur elle le contenu de la lampe qu'elle tenait.

XIV. — Une jeune fille de 22 ans, atteinte de coqueluche, se rend dans une usine à gaz pour respirer les émanations des épurateurs. Pour cela les employés ont la malencontreuse idée de lui mettre la bouche sous le robinet d'une conduite. Immédiatement elle tombe suffoquée et asphyxiée. Pour la faire revenir à elle, on lui jette de l'ammoniaque liquide sur la face, dans le nez et dans la bouche.

Au bout de quelques heures, la respiration nasale et buccale devient très difficile. Les lèvres, la bouche et le pharynx sont tapissés de pellicules grisâtres, provenant de la muqueuse mortifiée. La voix est éteinte. En vomissant, la malade rend des tubes membraneux. Râles sibilants et ronflants dans toute la poitrine. Mort au bout de deux jours.

Appelé par le parquet pour préciser si la mort était due à l'empoisonnement par le gaz ou à l'administration de l'ammoniaque, Estradère ne trouva nulle part, résolue dans les classiques, la question de savoir si le gaz d'éclairage venant en abondance et sous pression était capable de provoquer sur les muqueuses des altérations simulant la brûlure par les caustiques. Il se livra donc à des expériences sur deux chiens qui furent placés sous le même robinet que la jeune fille asphyxiée ; ni l'un ni l'autre n'eurent de brûlure. Estradère se vit ainsi autorisé à conclure que les désordres qui ont entraîné la mort de la jeune fille sont dus à l'ammoniaque.

J. B.

I. — Untersuchung von Spermaflecken, par H. VOGEL (*Repertorium der analytischen Chemie I, n° 21, et Viertelj. f. gericht. Med. nouv. série, XXXVI*, 159).

II. — De la vision des couleurs au point de vue de la médecine légale, par GILLET DE GRANDMONT (*Annales d'hyg. publ. et médecine légale*, 3e *série, VIII*, 70).

III. — Considérations médico-légales sur les ruptures de la rate, par PELLEREAU (*Ibidem, VII*, 223).

IV. — Ueber Lymphorrhagien in der Umgebung unmittelbarer oder kurze Zeit

vor dem Tode erlittener Verletzungen, par Adolf LESSER (*Viertelj. f. gerichtliche Medicin und œff. San., nouv. série, XXXIX*, 62).

I. — Vogel, avant de proposer le procédé qu'il préconise pour déceler les taches de sperme, fait la critique des procédés indiqués par Petel et Labiche (*R. S. M*, XX, 262), et par Longuet (*R. S. M*, IX, 248).

En ce qui concerne le procédé chimique de Petel et Labiche, il déclare que des expériences répétées lui ont montré que le linge taché par des flueurs blanches ou des sécrétions vaginales se teint aussi bien avec le carmin et garde aussi longtemps sa coloration que s'il s'agit de taches de sperme, lorsqu'on le plonge dans une solution saturée ou diluée de soude. On ne peut donc conclure de la coloration durable d'une tache à la présence de sperme.

Quant au procédé de Longuet, il n'est pas bon non plus, car même après une macération de 54 heures dans la solution de carmin ammoniacal, les spermatozoaires ne se colorent pas, mais seulement les autres éléments du sperme. Il a cependant un petit avantage, pour l'examen microscopique. En effet, dans la liqueur foncée, les spermatozoaires ressortent mieux et semblent posséder une teinte bleuâtre, surtout au niveau de leur tête. Mais ce n'est là qu'une apparence et non une réelle absorption de couleur. Le même phénomène peut se produire en l'absence de toute matière colorante par de simples différences dans le pouvoir de réfringence optique.

Vogel a donc été conduit à rechercher un procédé de teinture véritable et ne se prêtant pas à l'erreur. A cet effet il ramollit la tache suspecte dans l'eau et la racle pendant qu'elle est humide, en ayant soin d'enlever le moins possible du tissu de l'étoffe. Le produit du raclage porté sous le microscope est humecté avec une goutte d'acide sulfurique concentré. Au bout de 2 minutes, on y ajoute une ou plusieurs gouttes de teinture d'iode; on remue avec précaution avec une baguette de verre et on place un couvre-objet. Pour rendre la couche brun noir un peu plus transparente, on presse légèrement ou, si l'on préfère, on divise la préparation en plusieurs.

Malheureusement ce procédé ne convient pas pour des préparations durables. Si l'on a soin d'enlever l'acide sulfurique on peut garder la teinte 3 jours, sinon elle disparaît au bout de 24 heures, en même temps que les spermatozoaires sont détruits et que la préparation est altérée par un travail de coagulation.

Un lavage à l'alcool décolore aussitôt les spermatozoaires, ce qui montre que la teinte iodée n'est que superficielle.

II. — L'auteur appelle l'attention sur l'importance médico-légale de ce fait bien connu, que lorsque l'œil a été longuement impressionné par une couleur quelconque, si le regard se porte ensuite sur une surface blanche, ce n'est pas du blanc que l'œil perçoit, mais bien la couleur complémentaire de celle qu'il percevait d'abord.

III. — L'une des plus fréquentes causes de mort subite à l'île Maurice est la rupture de la rate. Sous l'influence du paludisme, l'organe, à la fois hypertrophié et ramolli, se rompt spontanément ou à la suite des plus légers traumatismes (coups, chutes).

Le seul des ouvrages de médecine légale qui décrive ce genre de bles-

sures est celui de Norman Chevers (*A manual of medical jurisprudence in India*, 1870). En 11 ans cet auteur en a recueilli 13 observations dans l'Inde. A l'île Maurice les faits de ce genre sont encore plus communs. Sur 54 cas de mort subite qui ont fait l'objet d'enquêtes dans un laps de 2 ans 1/2, Pellereau a compté 13 ruptures de la rate, dont 4 spontanées (1 dans la pneumonie); on en trouvera la relation dans son travail.

Les symptômes sont une douleur dans l'hypocondre gauche, qui ne dure pas. Quand la douleur manque complètement, c'est que la rupture, très étendue dès le début, a amené l'insensibilité et la perte de la connaissance.

Le plus souvent, le malade tombe en poussant un cri et en portant les mains au côté gauche; sa respiration est haletante. Puis surviennent le collapsus, le refroidissement, l'incontinence de l'urine et des matières, parfois l'émission de sperme.

La mort arrive, sans convulsions, au bout d'un temps variable suivant l'abondance de l'hémorragie. Tantôt elle est immédiate, foudroyante, tantôt elle tarde de 10 minutes ou même de quelques jours.

La rigidité cadavérique est précoce et prolongée; elle survient une heure après la mort.

La putréfaction est tardive.

A l'autopsie, on constate une anémie des téguments, des muqueuses et des viscères; seule la pie-mère est injectée; le cœur et les vaisseaux sont vides. Le ventre est proéminent, bombé; le diaphragme, repoussé en haut. La cavité abdominale est remplie par un épanchement de sang coagulé et liquide, plus abondant dans sa moitié gauche. La rate est toujours augmentée de volume et plus ou moins ramollie; les corpuscules de Malpighi et la trame fibreuse sont atrophiés. Les déchirures varient de dimensions, de nombre, de siège et de formes; les bords en sont toujours recouverts par de petits caillots (*R. S. M.*, V, 534 et 535; VII, 632; IX, 79; XI, 244; XVI, 214).

IV. — Les contusions du tissu cellulaire faites durant la vie se traduisent par des épanchements sanguins. Quand la mort ne survient qu'un certain temps après, on trouve au voisinage de ces hémorragies une infiltration séreuse ou purulente, indices de la réaction inflammatoire. Ce sont là des faits passés en dogmes et reposant sur des observations innombrables. On en inférait logiquement que lorsqu'on rencontrait un œdème au pourtour de l'épanchement sanguin, on pouvait affirmer qu'il s'était écoulé un certain nombre d'heures entre le moment de la blessure et celui de la mort.

Ch. Lesser apporte une quinzaine d'observations de morts violentes de causes diverses (chute, passage d'une voiture sur le corps, enfouissement, tamponnement, coup de feu, infanticide par différents procédés), qui montrent que les épanchements séreux peuvent être contemporains des hémorragies et produits par le même mécanisme. Dans 7 de ces observations la mort fut immédiate; dans 7 elle arriva en moins d'un quart d'heure; une seule fois la survie dura trois quarts d'heure.

Dans la majorité de ces faits, il existait en de nombreuses régions du corps des contusions du tissu cellulaire; néanmoins l'infiltration œdémateuse sur laquelle Lesser retient l'attention ne se présentait qu'au niveau de quelques-unes. Cette infiltration peut atteindre des dimensions

considérables. Le liquide qui imbibe les tissus est tantôt incolore, tantôt faiblement jaunâtre, mais toujours clair, non filant et sans trace de coagulation. L'examen microscopique des coupes de tissus infiltrés par le liquide incolore y révèle l'absence de tout élément celluleux, tandis qu'au sein du liquide jaunâtre, on distingue des globules rouges dont le nombre est en rapport direct avec l'intensité de la teinte. Le liquide d'œdème se trouble au contact de l'alcool, par suite d'un précipité d'albumine finement granuleux.

Ces œdèmes ne siègent pas toujours aux lieux où les lésions sont le plus considérables et ils n'occupent pas toujours les mêmes endroits. Lesser les a rencontrés dans le cuir chevelu, au visage, au cou, au thorax, aux lombes, aux fesses, aux bras, et dans les médiastins. Dans l'immense majorité des cas, ils se trouvent à proximité d'épanchements hémorragiques, mais parfois ils sont isolés, c'est-à-dire la seule lésion du tissu cellulaire produite par l'instrument vulnérant.

Comme dans aucune des 15 observations relatées par Lesser, il ne s'était écoulé suffisamment de temps avant la mort pour que la réaction inflammatoire eût eu le temps de se produire, Lesser en conclut que dans tous ces cas le liquide d'œdème n'était autre chose que la lymphe extravasée des vaisseaux rompus au moment du traumatisme, c'est-à-dire qu'il s'agit de lymphorragies, effets immédiats de la blessure au même titre que l'hémorragie concomitante. Ainsi s'explique naturellement leur caractère inconstant : en effet, on ne peut les constater que si l'épanchement sanguin est nul ou insignifiant, sinon ce dernier les masque. J. B.

Les causes d'erreur dans les expertises relatives aux attentats à la pudeur par P. BROUARDEL (*Annales d'hygiène publiq. et de médecine légale*, 3e *série, X,* 60 *et* 148, *juillet et août* 1883).

Il ne s'agit pas ici des faits de chantage, de simulation intentionnelle d'attentats à la pudeur décrits par Fournier (*R. S. M.*, XVIII, 227), mais de cas beaucoup plus fréquents dans lesquels des parents de bonne foi se méprennent, ainsi que le médecin, sur la nature des lésions vulvaires chez des petites filles et formulent à tort une accusation d'attentat à la pudeur.

Ce fait est de tous les temps. Astley Cooper l'avait déjà signalé : Une mère s'alarme à la découverte d'un écoulement chez son enfant, et, sous menace de châtiment, amène celle-ci à confesser quelque chose qui n'est pas arrivé et à incriminer un homme.

La première règle des expertises de ce genre est de ne jamais se prononcer sur un seul examen, après une seule visite. En effet, le diagnostic entre les vulvites spontanées, catarrhale ou purulente, la vulvite traumatique, résultant d'attouchements et la vulvite blennorragique est extrêmement difficile. Il en est de même de celui des diverses ulcérations.

La marche des lésions peut seule en dévoiler la nature.

La vulvite spontanée est très fréquente chez les filles pendant la dentition et au moment où s'établit la menstruation.

Dans sa forme aiguë, elle peut présenter les mêmes caractères que les vulvites traumatique et blennorragique.

Cette vulvite spontanée est contagieuse et épidémique.

La vulvite traumatique ne se distingue guère de la blennorragique que par son mode d'évolution. Elle acquiert son maximum d'intensité du troisième au cinquième jour, puis disparaît en 15 ou 20 jours, chez les petites filles bien portantes. La vulvite blennorragique est beaucoup plus longue.

Comme complication rare de la blennorragie féminine, Brouardel relate l'observation d'une jeune fille de 15 ans chez laquelle une métro-vaginite purulente se compliqua d'oblitération des veines du petit bassin et d'une thrombose de la veine iliaque gauche, laquelle fut le point de départ d'une embolie pulmonaire mortelle.

Il cite également un fait d'ulcérations vulvaires dans lequel il dut faire appel à Alf. Fournier pour se prononcer entre le diagnostic d'herpès et celui de plaques muqueuses.

L'examen de l'hymen même peut offrir de réelles difficultés, soit en raison de sa situation, soit à cause de sa conformation.

Chez les fillettes au-dessous de 2 ou 3 ans, l'hymen est très profond et malaisé à voir, pour peu que les enfants aient de l'embonpoint, et les médecins auxquels il a échappé mentionnent souvent dans leurs certificats sa disparition complète.

Trois formes d'hymen donnent fréquemment lieu à des erreurs :

1° L'hymen *labié* des nouveau-nés à fente antéro-postérieure, séparant deux valves. Ces valves peuvent offrir des plicatures ; chacun de ces plis présente des lignes saillantes séparées par un sillon. Il faut éviter de prendre cela pour des déchirures anciennes.

2° L'hymen en *croissant* des fillettes de 5 à 6 ans, qui est muni d'encoches à son bord libre.

3° L'hymen *biperforé*, sur lequel Delens (*R. S. M.*, XI, 221) a déjà appelé l'attention. Cet hymen est surtout cause de méprise quand sa bride médiane n'existe plus qu'à l'état de vestiges. J. B.

I. — Beitrag zur Lehre vom Tode durch Erfrieren (Sur un signe caractéristique de la mort par congélation), par C. von DIEBERG (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin, XXXVIII, p. 1, janvier* 1883).

II. — Ein Todesfall durch Frost, bei dem die Erscheinungen nach dem Tode genau denjenigen glichen, die durch Ertrinken, hervorgerufen werden (Cas de mort par le froid, dans lequel les signes cadavériques ressemblaient exactement à ceux produits par la submersion), par Frank OGSTON (*Idem, XXXVII, p. 299, octobre* 1882).

I. — En Russie, la mort par congélation est assez commune pour que von Dieberg ait pu pratiquer de nombreuses autopsies de ce genre.

Sans exception, il a toujours trouvé les oreillettes et ventricules du cœur pleins d'un sang liquide, mais contenant parfois quelques caillots mous. Les pesées du contenu de 31 cœurs de cadavres de congelés, lui ont donné comme moyenne 293 grammes.

Cette constante et uniforme réplétion du cœur par le sang, dans la congélation, a suggéré à l'auteur l'idée de rechercher s'il se produisait quelque chose de semblable dans les autres genres de mort violente.

Comme moyenne de 45 cas de décès dus à l'ivresse seule, il a trouvé que le cœur renfermait 72 grammes de sang.

Le contenu moyen de cet organe dans 70 autres morts violentes, des plus diverses (pendaison, submersion, empoisonnement, blessures), était de 74 grammes, chiffre très voisin de celui constaté dans l'alcoolisme aigu, et plus de quatre fois inférieur à celui noté pour la mort par le froid.

Dans un certain nombre de maladies où la mort arrive brusquement par paralysie cardiaque, la proportion du sang contenu dans le cœur se rapproche des chiffres relevés dans la congélation. Mais dans aucun cas de mort violente, à part un empoisonnement par l'opium, von Dieberg n'a noté, à beaucoup près, pareil état de réplétion de cet organe.

Il en conclut que c'est là un signe pathognomonique de la congélation. Si donc, ayant affaire à un mort congelé, il trouvait le cœur vide, il n'hésiterait pas à admettre que l'exposition au froid n'a pas eu lieu durant la vie et il s'efforcerait de chercher ailleurs la cause de la mort.

Sur la constance de cette lésion anatomopathologique, qu'Ogston a également signalée, von Dieberg établit une théorie pour expliquer le mécanisme de la mort par congélation. Selon lui, il ne s'agirait pas là d'une asphyxie ou d'une mort par les poumons, mais bien d'une mort toute mécanique, tenant à l'arrêt du cœur. Celui-ci s'épuise à lancer du sang dans les vaisseaux contractés par l'action du froid. Le poumon continuant à lui envoyer du sang, il arrive un moment où l'accumulation de ce liquide dans les cavités de l'organe est telle qu'il y a paralysie complète.

Von Dieberg s'élève vivement contre l'opinion de Lesser, qui prétend que les lésions cadavériques déterminées par l'asphyxie et celles déterminées par la congélation ne peuvent se distinguer. Le médecin russe nie l'existence des ecchymoses sous-séreuses et sous-muqueuses dans la congélation. Quant aux congestions du cerveau et du poumon, assez fréquentes chez les victimes du froid, d'après lui, elles n'appartiendraient pas à ce genre de mort, mais bien à l'alcoolisme qui le complique souvent.

II. — Malgré l'existence d'un grand nombre de signes appartenant à la mort par submersion (cyanose des ongles, taches roses, teint de la face, chair de poule, mousse aqueuse, œdème congestif des poumons, etc.), Ogston s'appuie sur l'égale répartition du sang dans les diverses cavités cardiaques et sur la congestion intense du cerveau et de ses enveloppes ainsi que de l'intestin pour conclure à la mort par congélation. J. B.

Recherches sur les tatouages, par A. LACASSAGNE (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e *série*, *V*, 289).

L'auteur de ce travail, qui est accompagné de dessins, a reproduit par décalque 1,333 tatouages relevés sur la peau de 378 individus, dont 360 appartenaient aux bataillons d'Afrique, composés de soldats condamnés par les conseils de guerre.

Lacassagne subdivise en sept catégories les tatouages ainsi recueillis:

344 emblèmes fantaisistes ou historiques (30 mousquetaires; personnages populaires).

280 emblèmes amoureux ou érotiques.

260 emblèmes métaphoriques.
149 — militaires.
111 inscriptions (sentences, dates commémoratives, etc.).
98 emblèmes professionnels.
91 — patriotiques ou religieux (34 bustes de la République; 14 croix de la Légion d'honneur, etc.).

Parmi les emblèmes métaphoriques, on compte 89 pensées et seulement 8 autres fleurs, dont une seule marguerite. La faune des tatoués n'est pas plus variée que leur flore : 15 lions; 12 serpents; 8 tigres; 5 chiens. — 84 tatouages représentaient des ancres.

Les dessins de poignards sont au nombre de 44 ; les étoiles au nombre de 41 ; les mains entrelacées au nombre de 38.

D'après leur siège, ces tatouages se répartissent de la façon suivante :

127 sur les deux bras seuls.
88 sur le bras droit seulement.
59 sur le bras gauche seul.
45 sur les bras et la poitrine.
29 sur tout le corps.
11 sur la verge seule.
8 sur la poitrine seule.
6 sur les bras et les cuisses.
4 sur le ventre seul.
1 sur les bras et le ventre.

La partie sous-ombilicale du ventre et les fesses ne portent guère que des dessins lubriques ou des inscriptions pornographiques.

Sur la verge, c'est une botte qui est le plus souvent représentée, mais Lacassagne nie que ce soit un indice de pédérastie. En revanche, il a trouvé, ailleurs, chez plusieurs pédérastes, des mains entrelacées, tenant une pensée, et flanquées d'initiales.

82 des individus avaient été tatoués avant l'âge de 21 ans; 299 savaient lire.

J. B.

Beitrag zur Lehre von der Verbrennung nach Befunden an Leichen beim Ringtheaterbrande Verunglückter, par Eduard ZILLNER (*Viertelj. f. gericht. Med., nouv. série, XXXVII*, 65 *et* 237).

E. Hofmann (*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1882, n°s 3 et suivants) a donné la relation médico-légale de l'épouvantable catastrophe survenue au théâtre du Boulevard, à Vienne, le 8 décembre 1881.

Le travail de Zillner complète cet exposé, en s'occupant des cadavres retrouvés ultérieurement en déblayant les décombres de l'incendie.

Le cadavre le plus intéressant est celui d'un homme découvert au bout d'un mois dans une cour où il avait dû se précipiter ou être précipité. Outre les brûlures et des fractures multiples, il offrait des lésions tout à fait exceptionnelles. Le cœur était vide et contracté. L'examen spectroscopique du sang fournit des résultats complètement différents, suivant qu'il porta sur le sang encore contenu dans l'intérieur du cadavre ou au contraire sur celui qui, sorti des vaisseaux par le fait de la chute, s'était trouvé exposé à l'atmosphère ambiante à la suite de la rupture des parois abdominales. Le sang de l'intérieur du cadavre présentait les deux raies de l'hémoglobine oxygénée ; celui trouvé au dehors montrait de l'oxyde de carbone. D'où cette conclusion certaine, que l'homme n'avait pas été asphyxié par la fumée, mais qu'il avait succombé aux hémorragies internes, conséquences de sa chute.

Ce qui frappait tout d'abord chez tous les cadavres, même chez ceux qui n'offraient pas trace de brûlures, c'était l'épaisse couche de *suie* répandue sur les vêtements, la face et les mains.

Les bras étaient souvent dans l'abduction, les coudes fléchis et les avant-

bras en légère pronation, de sorte que les poignets se trouvaient près de la figure. Evidemment cette *attitude*, qui rappelait un mouvement intentionnel, était le résultat du raccourcissement des fibres musculaires qui fixait les articulations dans le sens des muscles les plus raccourcis.

Certaines victimes avaient une *tympanite* telle que chez les femmes on dut pratiquer la laparotomie pour reconnaître s'il existait une grossesse.

Le *sang* présentait tous les degrés de consistance, depuis la fluidité normale jusqu'à la formation d'une masse sèche, friable où l'hémoglobine était devenue insoluble. L'examen spectroscopique du sang, effectué dans un nombre considérable de cas, donna sans exception autre que le cas cité plus haut, et même pour les cadavres découverts sous les décombres plus d'un mois après l'incendie, le spectre de l'hémoglobine oxycarbonée.

Sur tous les cadavres carbonisés dont les cavités viscérales étaient à l'air (toujours à la seule exception de l'homme mentionné ci-dessus), le *cœur* était immobilisé en diastole par les caillots qui le moulaient exactement. Sa dureté était parfois au point de simuler une hypertrophie avec dilatation. Cette observation confirme pleinement l'opinion de Günsburg que l'état du cœur peut servir à déterminer le genre de mort chez les cadavres carbonisés. Il est en diastole chez les individus qui ont succombé dans les flammes et comme contracté et presque vide chez ceux qui ont succombé à des blessures, antérieurement à l'action du feu.

Les *os* offraient tous les degrés de transition des lésions produites par les flammes, depuis la simple coloration brune de l'os encore entouré de parties molles, jusqu'à la carbonisation, à la calcination et aux fêlures typiques qui accompagnent cette dernière. Souvent les os calcinés étaient intimement unis par la fusion avec des décombres.

Les *dents* étaient fréquemment vacillantes, même sans autre lésion. Lorsque la destruction de leurs organes protecteurs (lèvres, gencives, alvéoles) avait permis l'accès du feu, les dents carbonisées avaient le brillant éclat de la poix; l'émail brunâtre n'adhérait plus que lâchement et se laissait enlever; au niveau de la couronne il montrait des fissures longitudinales. Quand les mâchoires étaient calcinées, toutes les dents étaient privées de leur couronne et leur ivoire tombait en détritus.

Les *muscles* paraissaient cuits, si la peau était conservée; ceux qui étaient carbonisés avaient l'odeur, la couleur et la consistance de la viande fumée. Dans les degrés avancés de la carbonisation, les muscles avaient éclaté en faisceaux comme l'a noté Günsburg. Leurs fibres variaient du jaune ambré au brun noir. La striation transversale était habituellement conservée. Tous les cadavres exhumés tardivement, afin d'être reconnus, présentaient un degré de *putréfaction* peu avancée. Ce retard dans la décomposition des corps s'explique par leur dessiccation et leur imprégnation par les produits empyreumatiques.

Les *yeux* le moins atteints offraient un trouble modéré de la cornée et une opacité absolue du cristallin.

Dans beaucoup de cadavres, les fosses nasales, le larynx et la trachée étaient remplis d'aliments, conséquence des vomissements qu'on observe souvent dans l'agonie et à peu près constamment dans l'intoxication par l'oxyde de carbone.

La *vessie* était fréquemment pleine malgré la rupture ou la carbonisation des parois abdominales, la destruction des intestins et même la carbonisation du sommet de cet organe. D'autre part, les vessies vides contenaient parfois une masse de la grosseur d'une fève ou d'une noix rappelant tout à fait la gelée de framboise. Examinée sous le microscope, cette masse ne renfermait d'autres éléments figurés qu'un ou deux globules rouges; l'analyse chimique

montra que c'était de la gélatine. Em. Desgranges a mentionné une matière identique dans les intestins des brûlés.

La résistance bien connue de *l'utérus* à l'action du feu s'explique simplement par la fermeté de son tissu et par la situation protégée de l'organe. Même dans les cas où le corps utérin était détruit, le col était assez bien conservé pour qu'on put souvent reconnaître si la femme avait eu des enfants. Le plus communément, la cavité utérine était vide; quelquefois cependant elle renfermait la même gelée framboisée que la vessie (*R. S. M.*, VIII, 667; IX, 665; XII, 101, 102 et 248; XV, 241; XVI, 474 et 725; XIX, 474, et XXII, 55).

J. B.

The post mortem appearances in a case of death from the action of electricity, par Marmaduke SHEILD et Sheridan DELÉPINE (*Brit. med. journ., p.* 531, *mars* 1885).

Un robuste jeune homme de 20 ans tombe mort en manipulant une machine électrique. Son corps ne présente aucune lésion apparente, à l'exception d'une petite eschare superficielle de l'index, ressemblant à une brûlure. L'autopsie montre l'intégrité absolue de tous les viscères, de la moelle, du bulbe et du cerveau. Le sang est très fluide, le cœur large et dilaté, sans contracture du ventricule.

La portion escharifiée du doigt présente histologiquement les lésions suivantes :

a) Au niveau de l'épiderme cellules cornées offrant des vacuoles et du gonflement vers la région marginale de l'eschare; au contraire, les cellules centrales sont tassées et comme fusionnées.

b) *Couche muqueuse.* — Au niveau du bord de l'eschare, noyaux cellulaires gonflés et aréolaires : fibrillation du protoplasma.

c) *Derme.* — Les papilles sont déprimées et flétries, et remplacées par un tissu compacte, presque homogène. Les capillaires sont contractés, leur contenu coagulé : les cellules endothéliales paraissent contractées; les corpuscules de Meissner se voient de la façon la plus nette.

d) Tissu sous-dermique. Aucune altération, ni de la trame celluleuse, ni des lobules adipeux, ni des glandes sudoripares, sauf dans le canal excréteur au voisinage de l'eschare. Là, on retrouve la fusion des cellules et la fibrillation du contenu des tubes excréteurs. Les nerfs et les vaisseaux sont normaux.

L'auteur insiste sur l'importance du cas au point de vue médico-légal, et la différence de ce fait avec les cas de mort subite par syncope où l'on trouve presque toujours le cœur en systole. De plus, les indices relatifs à la brûlure par l'électricité sont précieux, car ils montrent qu'à part le point strictement précis touché par l'étincelle électrique, il n'y a aucune trace de brûlure ni d'irritation dans les parties adjacentes. Or, dans les brûlures ordinaires, tous les tissus circonvoisins montrent des lésions inflammatoires, des diapédèses de leucocytes et de la prolifération cellulaire qui font ici absolument défaut. H. R.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

I. — De la suture des nerfs, par CHAPUT (*Arch. gén. de méd.*, *août* 1884).

II. — Troubles consécutifs aux sections des nerfs du membre supérieur par instrument tranchant; valeur de la suture nerveuse, par GILIS (*Thèse de Montpellier*, 1884).

III. — Beitrag zur Frage der Nervennaht (Suture des nerfs), par W. MÜLLER (*Deuts. Zeit. f. Chirurgie, XX, Heft* 3 *et* 4).

IV. — Beiträge zur Kasuistik und Technik der Nervennaht, par SCHRAMM (*Wiener med. Woch.*, *n°* 39, 1883).

V. — Durchtrennung des Nervus ulnaris... (Plaie du cubital, suture, guérison), par ZESAS (*Ibid.*, *n°* 47, 1883).

VI. — Ein Fall von secundaeren Nervennaht des Nervus radialis, par REGER (*Berlin. klin. Woch.*, 26 *mai* 1884).

VII. — Ueber die operative Behandlung der Nervendefecten, par TILLMANNS (*Ibid.*, 8 *juin* 1885).

VIII. — Traumatisme du nerf médian; opération quatre mois après l'accident; guérison par H. RAYNER (*Lancet*, 15 *mars* 1884).

IX. — Deux observations de plaies des nerfs; suture secondaire, par TILLAUX (*Acad. des sciences*, 26 *juin* 1884.)

X. — Phénomènes curieux observés à la suite d'une section du nerf médian, par TILLAUX (*Gaz. des hôp.*, 20 *juin* 1885).

XI. — Case of progressive paralysis of the ulnar nerve consequent upon injury; operation; successful result, par Chauney PUZEY (*Brit. med. journ.*, *mai* 1885).

XII. — De la suture secondaire des nerfs, par R. WEISSENSTEIN (*Mittheilung aus der chir. Klinik zu Tubingen*, 1884).

XIII. — Secundary nerve sutures, par Thomas-M. MARKOE (*Med. news*, 14 *mars* 1885).

XIV. — Suture of nerves; elongation of nerves, par Rosswell PARK (*Chicago med. Soc.*, 17 *mars* 1884).

XV. — De l'élongation des nerfs, revue critique, par CHAUVEL (*Arch. gén. de méd.*, *juin* 1885).

XVI. — De l'élongation sanglante des nerfs, par CATTANI (*Gazz. degli Ospitali n°* 4, 1885).

XVII. — Ein Fall von Tic convulsif geheilt durch Dehnung des Facialis, par ZESAS (*Wiener med. Woch.*, 1884).

XVIII. — Élongation des branches terminales du plexus brachial dans un cas de trépidation épileptoïde d'origine traumatique, par POULET, rapport par CHAUVEL (*Bull. Soc. de Chir.*, 24 *décembre* 1884).

XIX. — Ueber drei traumatische Radialislähmungen, par BIDDER (*Arch. f. klin. Chir. XXX, p.* 799).

XX. — Ein Fall von Dehnung der Intercostalnerven, par LESSER (*Deuts. med. Woch.*, n° 20, 1884).

XXI. — Un cas de sciatique rebelle; élongation, par E. de LA HARPE (*Rev. méd. Suisse romande IV, p.* 140).

XXII. — Sur une forme particulière de névralgie du maxillaire inférieur, guérie par la résection du bord alvéolaire, par S. DUPLAY (*Arch. gén. de méd., novembre* 1884).

XXIII. — Two cases of ligature of the common carotid artery for trigeminal neuralgia, par Joseph-C. HUTCHINSON (*Med. news*, 11 *avril* 1885).

XXIV. — Variole simple; injection sous-cutanée d'éther, paralysie consécutive du membre droit, par CHARPENTIER (*Union méd.*, 2 *mars* 1884).

XXV. — Ein Fall von Sarkom des rechten N. facialis, par CHVOSTEK (*Wiener med. Presse, n°* 34, 1883).

I. — L'auteur consacre à la suture des nerfs une revue critique qui constitue une monographie complète de la question. Après un rapide historique, il examine quelles sont les causes d'erreur à éviter lorsqu'on veut avoir une observation de suture nerveuse véritablement concluante. La constatation de la sensibilité après une suture n'a de valeur que s'il s'agit : 1° de la sensibilité à la douleur; 2° d'une plaie nerveuse ancienne accompagnée d'anesthésie à la douleur persistante. Les troubles de motilité ont plus d'importance, à condition que l'on se souvienne de l'anastomose presque constante entre le cubital et le médian signalée à l'avant-bras par Létiévant et Verneuil, et de l'exécution possible de certains mouvements par les muscles voisins de ceux qui sont paralysés ou atrophiés. En résumé, les troubles de motilité sont le critérium nécessaire des observations de réunion rapide à la suite de plaies récentes ; la disparition après la suture d'une anesthésie à la douleur persistante donne une valeur suffisante aux observations de plaies anciennes.

Suivent quelques critiques sur les objections opposées à la possibilité de la réunion immédiate des nerfs sectionnés depuis un temps plus ou moins long ; puis une série d'observations de réunion immédiate très convaincantes. Enfin, l'auteur résume en tableaux tous les cas de sutures nerveuses qu'il a pu recueillir, afin d'apprécier la valeur et les résultats de cette opération, tant pour les sutures primitives que secondaires. Voici les résultats qui se dégagent de ce tableau :

A. *Sutures primitives*, 39 *cas :*

Observations non concluantes.	14 cas.
Insuccès bien net.	1 —
Régénérations	17 —
Réunion immédiate probable.	4 —
Réunion immédiate certaine	3 —

B. *Sutures secondaires*, 27 *cas :*

Observations non concluantes.	6 cas.

Insuccès partiel	1	cas.
Régénérations	12	—
Réunion immédiate certaine	7	—
Réunion immédiate incertaine	1	—

Après quelques considérations sur le manuel opératoire, l'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° La suture des nerfs est une opération absolument innocente ;

2° La suture des nerfs peut être suivie de réunion immédiate avec retour presque immédiat de toutes les fonctions ;

3° La suture des nerfs est suivie de succès au moins dans la proportion de 66 0/0 ;

4° La suture primitive et la suture secondaire donnent des résultats à peu près comparables, plutôt à l'avantage de cette dernière.

P. MERKLEN.

II. — L'auteur rapporte une observation dans laquelle la suture a donné de bons résultats bien qu'il soit survenu des complications graves dans la plaie. D'après l'étude que ce cas l'amène à faire et se fondant surtout sur les statistiques de Wölberg et Tillmanns, il propose les conclusions suivantes :

La suture doit être pratiquée dans toute section nerveuse.

Quand l'écartement ne dépasse pas 1 centimètre, il est peut-être permis de ne pas la tenter ; mais quand il y a au moins 3 centimètres d'écart, elle est absolument indiquée.

Son innocuité est prouvée par les faits cliniques et physiologiques, qui montrent en même temps ses avantages.

La suture des nerfs abrège toujours le temps nécessaire pour la régénération des nerfs.

Si la réunion histologique par première intention est rare, les expériences entreprises tous les jours, les perfectionnements apportés au manuel opératoire, donnent le droit d'espérer beaucoup de l'avenir.

A. MOSSÉ.

III. — Ce travail contient huit observations de sections de nerfs ; deux d'entre elles sont particulièrement intéressantes.

Dans le premier cas, la lésion primitive a été un coup de couteau au bras gauche, un peu au-dessous de la partie moyenne. Guérison rapide, mais dès le début la main reste en flexion. Huit semaines après, suture du nerf radial. Guérison après quatre semaines, sans résultat apparent ; six semaines après la sensibilité commence à reparaître. Mais ce n'est qu'après trois ans que la malade déclare pouvoir se servir de sa main pour les travaux qu'elle a besoin de faire.

Dans le deuxième cas, coup de couteau au bras gauche. Guérison rapide, mais dès le début le blessé ne peut plus remuer sa main. Suture du nerf radial trois mois plus tard. Guérison après quatorze jours. Le blessé sort quatorze jours plus tard sans amélioration. Au bout de quinze mois, seulement, amélioration légère. Enfin, après deux ans et demi, le malade peut se servir de sa main suffisamment pour son travail. EDELMANN.

IV. — L'auteur rapporte deux observations de son maître Mikulicz, à Cracovie. L'écartement considérable des bouts nerveux à suturer a nécessité l'emploi d'un procédé spécial de suture intensive (*Entspannungsnaht*) et c'est à ce procédé que le chirurgien attribue ses deux succès : il emploie non pas le catgut ordinaire qui se résorbe trop aisément, mais

le catgut chromé qui offre une grande résistance à la rétraction des troncs nerveux, et fait passer le fil dans chaque bout à 1 centimètre 1/2 de la solution de continuité. Les deux bouts étant ainsi affrontés, il pratique le rapprochement intime des éléments nerveux au moyen de trois sutures superficielles qui ne portent que sur les extrémités des deux segments.

1° Officier de 27 ans ayant reçu un coup de sabre à la face antérieure de l'avant-bras gauche, en avril 1882. Examiné le 15 octobre, il présente à 3 centimètres du coude une large cicatrice déprimée, main en griffe, atrophie des interosseux, peau sèche et froide. Mouvements de préhension presque impossibles : mouvements du poignet très limités. Anesthésie de toutes les phalangettes, anesthésie des phalangines des 4e et 5e doigts. Les muscles de la main et de la face antérieure de l'avant-bras résistent au courant faradique. Il y a donc paralysie des nerfs médian et cubital.

Mikulicz fait une incision longitudinale de 5 centimètres en dedans et au-dessous de l'épitrochlée, excise une partie de la cicatrice et trouve assez facilement les deux bouts du cubital, distants de 2 centimètres, l'un épaissi, l'autre atrophié. Les bouts du médian sont beaucoup plus difficiles à découvrir ; il faut exciser encore du tissu cicatriciel et prolonger l'incision en haut. Après section de 1 centimètre au bout supérieur dégénéré, la distance est de 3 centimètres. La suture doit dont s'effectuer par le procédé de tension des segments nerveux, le coude étant fléchi. La suture du cubital s'effectue si difficilement qu'il faut passer deux fils au lieu d'un. Drainage et occlusion de la plaie. Guérison.

Voici le résultat définitif, au bout de sept mois : le sujet peut tenir dans la main un poids de 5 kilogrammes ; il est capable de tenir les rènes de son cheval, et dans les travaux qu'il accomplit il remarque que ce sont surtout les doigts qui ont le plus bénéficié du succès opératoire. La nutrition de la main est satisfaisante, mais la température toujours un peu basse. Sensibilité presque normale. Les muscles réagissent sous l'influence du courant électrique.

2° Ouvrier de 24 ans, blessé au-dessus du poignet droit par un morceau de verre. Trois mois après l'accident, on voit la cicatrice déprimée et on constate les signes de la section des nerfs médian et radial ; il y a de plus des ulcérations de deux doigts avec nécrose des phalangettes.

Mikulicz excise la cicatrice, découvre aisément les bouts des deux nerfs dont il sectionne les parties dégénérées ; pour les réunir il est obligé de fléchir la main et d'exercer une forte traction sur les troncs nerveux. Il pratique la suture comme nous l'avons indiqué. Drainage, occlusion, pansement iodoformé. Après guérison de la plaie, le malade recouvre en partie les fonctions du membre. L'extension complète de la main n'est pas possible, mais les mouvements des doigts s'accomplissent sans peine : le pouce se rapproche du petit doigt ; les second et troisième doigts se fléchissent. La sensibilité existe partout. Ces résultats satisfaisants sont constatés trois mois après l'opération. L. GALLIARD.

V. — L'auteur observe un adulte qui, le 17 mai 1882, se heurtant contre les vitres d'un café s'est fait à la face palmaire de l'avant-bras, au-dessus du poignet droit une plaie profonde, cinq mois auparavant. Griffe cubitale. Anesthésie et abolition de la contractilité musculaire dans le domaine du nerf cubital. Il ne peut y avoir de doute sur la lésion de ce tronc nerveux.

Le 29 octobre, 164 jours après l'accident, l'auteur incise la cicatrice cutanée et met à nu, par une dissection attentive, les deux bouts du nerf sectionné, l'un atrophié, l'autre gonflé. Il en excise de courts segments, puis les réunit au moyen de quatre sutures paranévriques au catgut.

Suture de la plaie, drainage, pansement de Lister, le bras étant dans la

flexion. Le 2 novembre, la plaie est réunie, la sensibilité reparaît. Au bout de deux mois, le malade part guéri. La sensibilité est presque normale, les muscles ne laissent guère à désirer. Le malade écrit au mois de février 1883 que son état reste satisfaisant. L. GALLIARD.

VI. — Vers le milieu de mai 1882, un jeune homme se fait, en tombant sur un instrument tranchant, une vaste plaie à la face externe du bras droit, immédiatement au-dessous des insertions deltoïdiennes. Il eut immédiatement une hémorragie considérable et une paralysie de l'avant-bras. Après une forte suppuration, la plaie se cicatrisa au bout de quatre semaines.

Reger ne vit le blessé qu'à la fin de juillet. La cicatrice était longue de 4 centimètres et large de 1/2 centimètre. Au-dessous, dans l'interstice formé par le biceps et le triceps, on sentait rouler sous le doigt un cordon qui suivait le trajet du nerf radial, mais était complètement insensible à toutes les excitations. L'avant-bras et la main étaient très émaciés ; les mouvements d'extension, de pronation et de supination étaient complètement impossibles. Toute la face dorsale de la main et des bras jusqu'au niveau de la cicatrice avait perdu la sensibilité et l'excitabilité électrique aux courants indirects.

La faradisation continuée quotidiennement pendant deux mois n'ayant produit aucune amélioration, le blessé consentit enfin, le 8 septembre, à se laisser opérer; quatre mois s'étaient écoulés depuis l'accident.

Une distance de 1 centimètre 1/2 séparait le bout central du bout périphérique. Ce bout central, légèrement en massue, était rosé ; lorsqu'on le saisit avec les pinces, l'opéré ressentit de la douleur et eut des contractions musculaires. Le bout périphérique, moitié moins gros, était pâle et complètement inerte. Son extrémité, amincie en fuseau, sur une longueur de 1 centimètre, paraissait formée uniquement par le névrilemme épaissi.

Après avivement du bout central et résection de l'extrémité fusiforme du bout périphérique, les deux segments du nerf se trouvaient distants de plus de 2 centimètres 1/2. Les gaines des deux tronçons ayant été fendues de façon à découvrir le nerf lui-même, un fil de catgut n° 3 fut passé à un demi-centimètre de distance de chaque extrémité nerveuse. Puis en fléchissant un peu le coude et en ramenant de force les parties molles latérales sur la plaie, et en tirant sur le fil, Reger parvint à amener les deux bouts au contact ; après quoi il lia le fil.

Dès le troisième jour, l'opéré éprouvait de forts picotements et quelques élancements le long du bas du membre et on ne pouvait l'empêcher d'étendre ses doigts. Au bout de quelques semaines, il commençait à écrire. L'observation n'est publiée que vingt mois après l'opération. A l'aide d'électrisations et d'exercices assidus, le bras et la main ont récupéré l'intégralité de leurs fonctions.

VII. — Chez une femme de 22 ans dont les nerfs cubital et médian avaient été tranchés par un coup de faulx, Tillmanns ne pouvant réunir directement les tronçons qui étaient séparés par une distance de 4 centimètres 1/2, recourut au procédé de suture dit à lambeaux, qui est l'analogue de celui auquel Nussbaum a recours pour les greffes osseuses. La sensibilité était revenue au bout de quatre et la motilité au bout de neuf semaines (*R. S. M.*, VIII, 362 ; XVIII, 266 et 268 ; XXIV, 299 et 300). J. B.

VIII. — Jeune homme de 15 ans. Plaie de la face antérieure du poignet gauche par un éclat de siphon. Cicatrisation en trois semaines. Mais depuis, atrophie des masses musculaires de la main, insensibilité dans la zone de distribution du nerf ; paralysie du pouce, de l'index et du médius.

Quatre mois après l'accident, on incise la cicatrice et par une dissection minutieuse on isole le nerf médian du tissu cicatriciel qui l'enveloppe. Au niveau de ce tissu, le nerf présente un renflement fusiforme très développé et dans son trajet à travers le tissu fibreux il est réduit à un cordon quatre

fois plus petit que son volume normal. Excision du tissu cicatriciel sans toucher au nerf.

Deux jours après, la sensibilité réapparaissait dans les doigts et gagnait peu à peu dans les régions. L'amélioration fut lente, et le malade dit qu'il a fallu près d'un an pour recouvrer l'usage parfait de la main. Mais à cette date la restauration de la sensibilité et de la motilité était complète. A. C.

IX. — Femme de 23 ans, atteinte de paralysie de toutes les régions innervées par le médian à la suite d'une plaie, par éclat de verre, le 2 novembre 1883. Le 4 mars 1884, cette malade entre à l'hôpital réclamant une opération. La paralysie est complète, l'anesthésie absolue dans la zone d'innervation. La malade peut plonger l'extrémité des doigts paralysés dans l'eau bouillante sans éprouver aucune sensation. Atrophie musculaire; troubles trophiques.

Le 19 mars, Tillaux met à nu, dans la cicatrice, les deux bouts du médian distants de un centimètre, excise les bouts et les réunit avec le crin de Florence. Suture de la plaie, pansement antiseptique. Dès le troisième jour la sensibilité reparaissait et graduellement revenait intacte. Le 1er mai, la malade quittait l'hôpital absolument guérie.

2° Une autre malade de 28 ans, témoin de ce succès, réclama également une opération pour une lésion analogue. La plaie, chez elle, remontait à 14 ans : elle avait été produite également par un éclat de verre. Tillaux pratiqua la même opération et en quelques jours la sensibilité était restaurée; la motilité se rétablit plus lentement. A. C.

X. — Homme de 33 ans. Plaie par un éclat de vitre, transversale à deux travers de doigt au-dessus du pli du poignet. On constate, dès son entrée à l'hôpital, une abolition complète de la sensibilité dans la sphère de distribution du médian. Le malade eut de plus, le lendemain de la blessure, un accès épileptiforme avec perte complète de connaissance; il n'en avait jamais eu auparavant. Guérison de la plaie dans le courant de mai. Quelques jours plus tard, le malade revient, avec des troubles trophiques des doigts. La zone d'anesthésie est moins étendue à la face palmaire et aucun muscle ne semble absolument paralysé.

Opération le 12 juin. Le bout supérieur apparut d'abord, avec son gonflement terminal caractéristique, puis le bout inférieur, effilé, lui faisant face, de l'autre côté du tissu cicatriciel; mais par une dissection minutieuse à travers l'épaisseur de cette cicatrice, M. Tillaux put isoler un pont très mince de tissu nerveux de nouvelle formation, qui, sur une longueur d'un peu plus d'un centimètre, s'étendait entre ces deux bouts et rétablissait la continuité du nerf médian.

Il résolut alors de laisser ce travail de restauration s'accomplir naturellement. La plaie fut pansée.

Or, dès le lendemain de l'opération, on pouvait constater que la sensibilité commençait à se rétablir sur la face palmaire et sur une partie de la face dorsale du médius. Les deux doigts avaient repris leur température et leur coloration normales. Cette sensibilité de retour s'accusa de plus en plus et la sensation fut bientôt à peu près complète, mais ce ne fut qu'après des intervalles de troubles anesthésiques, de douleurs; il existait toute une zone enveloppant les parties sensibles où les sensations n'étaient perçues qu'à la condition d'être prolongées. Au bout de quelque temps, la sensibilité se rétablit dans son intégrité.

On peut admettre que la section avait respecté une partie du névrilemme qui avait maintenu en place les deux bouts du nerf et permis le rétablissement par accolement et cicatrisation des fibres nerveuses d'une partie de la conductibilité nerveuse. A. C.

XI. — Un enfant de 15 ans a le bras pris dans une courroie de transmis-

sion qui lui fait une fracture compliquée des os de l'avant-bras. Pansé antiseptiquement, il guérit sans incident autre qu'un retard dans la consolidation du cubitus. Mais un mois après, on s'aperçoit qu'il fléchit constamment le petit doigt et l'annulaire, et qu'il existe à la fois une paralysie motrice et sensitive dans la sphère du nerf cubital. Bientôt survînt de l'atrophie musculaire, en même temps qu'une paralysie vasomotrice et trophique caractérisée par l'apparence bleuâtre et le refroidissement des deux derniers doigts. Il était évident que le nerf cubital était englobé dans le cal de la fracture et graduellement comprimé.

Six mois après l'accident alors que la main était réduite à l'état de griffe et que l'atrophie des muscles innervés par le cubital était complet, l'auteur procéda au dégagement du nerf au niveau de la fracture. Ce nerf était pâle, exsangue, et en apparence totalement atrophié. La dissection fut très délicate. Pour empêcher une adhérence secondaire au cal, l'auteur eut soin de rapprocher par une suture des fibres musculaires du cubital superficiel et du fléchisseur profond des doigts, de façon à les interposer entre l'os et le nerf cubital.

Les résultats de l'opération furent étonnants. Trois jours après, on notait un retour de la sensibilité presque complet dans l'annulaire et le petit doigt. Au bout de 12 jours, retour absolu des impressions tactiles, coloration rosée des doigts, disparition des troubles trophiques. Huit mois après, il n'y a plus de traces d'atrophie musculaire, et la main a repris sa forme et son fonctionnement normal. H. R.

XII. — Weissenstein publie deux observations de suture secondaire du radial. Dans un cas, la suture fut faite sept semaines après la blessure ; la main, complètement paralysée, avait récupéré toutes ses fonctions au bout de six mois. Dans le second cas, la blessure datait de 4 mois ; il s'agissait d'une enfant de 10 ans; il y eut également succès.

Weissenstein a réuni, à l'occasion de ces deux faits 31 observations de suture secondaire. Sur ce total de 33, le nerf blessé était le radial (10), le cubital (9); le médian (7); le sciatique (2); une branche du radial (1). L'intervalle le plus court entre l'époque de la blessure et celui de l'opération a été de 12 jours; le plus long de 9 ans. Dans 24 cas, il y eut amélioration très sensible ; dans 7, guérison complète avec restauration intégrale des fonctions du membre. Dans 6 cas, insuccès.

L'auteur discute ensuite les conditions de restauration des fonctions nerveuses. La sensibilité reparaît souvent très vite après la section d'un nerf, mais elle est due à la fonction supplémentaire (suppléance de Létiévant, Voy. *R. S. M.*, II, 988) des nerfs non lésés. Dans les cas heureux de suture secondaire, la sensibilité reparaît plus vite que la motilité, ce qui tient à l'atrophie des muscles.

La rapidité du retour de la sensibilité varie beaucoup suivant les cas, de 16 heures, 4 jours à une moyenne de 3 semaines. Pour la motilité, on compte du 17e jour, au 3e, 5e, 6e mois, jusqu'à un an.

Weissenstein donne ensuite diverses indications pour la suture ; il recommande 2 sutures superficielles, n'intéressant que la gaîne, après section des bouts et ablation des névromes ou des hypertrophies de ces bouts. Les sutures sont faites au catgut. L'électrisation du membre, après la guérison de la plaie, aide puissamment le retour des fonctions; dans un des cas qu'il rapporte, on appliqua des courants induits chaque jour pendant plus de six mois. A. CARTAZ.

XIII. — La 1re observation a trait à un homme de 36 ans qui reçut dans

le bras gauche un coup de poignard, lequel, pénétrant à 2 pouces au-dessus du condyle externe, transperça presque le bras. On fit une controuverture et on passa dans la plaie un tube à drainage. Le lendemain, hémorragie épouvantable qui met le malade dans un état de collapsus tel qu'on fait une transfusion de solution saline. Ligature de l'humérale au-dessus et au-dessous de la plaie. Vingt jours plus tard, la plaie se cicatrisant bien, on s'aperçoit d'une paralysie de tous les muscles innervés par le radial; puis surviennent des douleurs violentes, avec troubles trophiques. Au 46e jour de l'accident, on pratique la suture des deux bouts du radial qui a été coupé. La plaie guérit bien, mais la paralysie persiste et le 14 avril (l'accident datait du 25 décembre) le malade quitte l'hôpital sans aucune modification dans l'état de sa paralysie. Revu l'année suivante, il avait récupéré tous les mouvements.

Dans le second cas, il s'agit d'une petite fille de 5 ans, blessée au cou par un instrument tranchant. La plaie s'étendait de la nuque à un pouce au-dessus de la clavicule, ayant sectionné incomplètement le trapèze et le sterno mastoïdien. En un mois, la plaie pansée avec les antiseptiques était guérie. Dès les premiers jours on avait noté une paralysie du bras qu'on ne pouvait expliquer, vu la profondeur et la direction de la plaie que par une lésion de la branche supérieure du plexus brachial. On diagnostiqua, d'après l'étude attentive des muscles paralysés, une lésion de la 5e paire cervicale. Au 131e jour, on décide de faire une opération. On découvrit sans trop de difficultés le tronc nerveux lésé, en partie dégéneré. Les deux bouts furent avivés, puis suturés; la plaie se cicatrisa rapidement. Six mois plus tard, on ne constatait aucun changement dans la paralysie, mais au 9e mois, l'enfant commença à fléchir l'avant-bras, puis peu à peu tous les muscles reprirent leurs mouvements et l'atrophie disparut. A. CARTAZ.

XIV. — Ce mémoire contient quelques observations intéressantes d'opérations chirurgicales sur les nerfs.

1° Rupture du sciatique; suture immédiate. Enfant de 13 ans ayant subi deux ans auparavant la résection de la hanche. La suppuration continuant et la sonde rencontrant des parties osseuses cariées, on se décide à une nouvelle opération. Sur le trajet de l'ancienne incision, le nerf sciatique adhère fortement à une masse de tissu fibreux. Au moment où l'opérateur dissèque cette masse, le malade se réveille un peu du sommeil anesthésique, secoue violemment la cuisse en la tordant, le nerf se déchire. On résèque une partie de l'ischion, on rugine toutes les parties osseuses malades et on suture, après dissection les deux bouts du nerf avec deux fils de catgut.

Paralysie absolue, motrice et sensitive, pendant une semaine dans toute la zone d'innervation du sciatique. Le 13e jour, retour de la sensibilité autour de la malléole; le malade peut mouvoir la jambe. Pas d'autre indication.

2° Division du nerf radial et de tendons; suture du nerf deux semaines plus tard; restauration fonctionnelle.

3° Tétanos; élongation du plexus brachial, amélioration des symptômes; mort. Enfant de 10 ans.

4° Sciatique chronique; élongation; guérison.

5° Paralysie motrice de la jambe droite, suite de méningite spinale; élongation du sciatique; insuccès. A. CARTAZ.

XV. — L'auteur étudie dans cette revue les modifications et contre-indications de l'élongation et il conclut qu'elle est indiquée : 1° dans les névralgies périphériques rebelles à tous les traitements ordinaires; 2° dans les contractures et les paralysies périphériques, surtout lorsqu'elles sont d'origine traumatique; 3° dans les anesthésies de la lèpre. Elle est d'une efficacité plus que douteuse dans le tétanos, dans l'ataxie

locomotrice et les affections médullaires; enfin, elle semble devoir être complètement et absolument abandonnée dans les atrophies des nerfs optiques, quels qu'en soient la nature et le degré.

XVI. — L'auteur a fait, sur des lapins, quelques expériences pour comparer les effets de l'élongation directe ou indirecte, avec ou sans plaie. Le nerf sciatique d'un lapin est étendu par l'extension de la jambe sur la cuisse et la flexion de la cuisse jusqu'à toucher le cou. Les modifications du nerf étaient les mêmes qu'après l'élongation sanglante. Dans nombre de fibres, le cylindre d'axe était brisé sur divers points; la gaine médullaire avait des espaces distendus, notamment au niveau des nœuds de Ranvier.

La seule différence consistait en ce que dans l'élongation non sanglante, la dégénérescence s'étendait souvent jusqu'aux filets nerveux périphériques. A. C.

XVII. — Malade âgé de 37 ans, de constitution robuste, sans antécédents morbides, souffre depuis 8 ans de convulsions des muscles du côté droit de la face et de douleurs rhumatismales depuis quelques années.

Le tic revient à des intervalles de 5 minutes après une durée ordinaire de 5 minutes. Il n'y a aucun motif qui puisse faire supposer une cause centrale à ce mal, seul le rhumatisme pourrait l'expliquer.

Le 16 novembre 1883, l'auteur décide l'extension du facial et procède à l'opération. Il trouve facilement le nerf en faisant une incision de 4 centimètres de longueur en partant du tragus et sans perdre beaucoup de sang; on distend alors le nerf 5 fois dans le sens central et 5 fois dans le sens périphérique, ensuite on ferme la plaie qui guérit par première intention.

Dès le 5e jour après l'opération, les accès convulsifs diminuèrent et le malade quitta l'hôpital complètement guéri le 4 janvier 1884. M. SCHACHMANN.

XVIII. — Il s'agit d'un tirailleur algérien blessé à Sontay, le 14 décembre 1883, par une balle cylindro-conique qui paraît avoir lésé du même coup l'artère humérale et les nerfs médian et cubital. Un écoulement sanguin immédiat en jet rutilant, des hémorragies secondaires répétées conduisent à faire la ligature de la brachiale. Elle est pratiquée, le vingtième jour après la blessure, à la partie moyenne du membre.

Immédiatement après la blessure, l'avant-bras est affecté d'un tremblement qui ne fait que s'accroître après la cicatrisation des plaies, alors que la main reste complètement paralysée. L'électricité, les eaux de Bourbonne, etc., échouent complètement. Le blessé entre au Val-de-Grâce le 10 septembre 1884, neuf mois après son accident. La main et l'avant-bras sont agités de petits mouvements fibrillaires, d'une sorte de tremblement perpétuel. Quand on écarte le bras du thorax, les secousses deviennent violentes et se succèdent avec une extrême rapidité. Aux mouvements d'extension produits par les contractions du triceps, font suite immédiatement des flexions si énergiques que la main fermée vient frapper contre la paroi thoracique en produisant un bruit régulier. Ces mouvements alternatifs d'extension et de flexion ne cessent que lorsque le bras revient à sa position habituelle.

Les muscles ne répondent plus à la volonté, mais la contractilité électrique persiste, intacte pour les supinateurs et les radiaux, diminuée pour le rond pronateur et le grand palmaire, presque abolie dans les masses musculaires de la main. Les réflexes tendineux du poignet ont disparu. Le membre supérieur droit est atrophié au-dessous du coude, et l'on constate également des troubles trophiques sur la peau de l'avant-bras et de la main.

Il y a perte des trois modes de sensibilité sur ces dernières parties et la ligne de réparation correspond à peu près au pli du coude, sans zone d'hy-

peresthésie à ce niveau. Sur le trajet du nerf cubital, à hauteur de l'épitrochlée, impression douloureuse qui s'exagère pendant la trépidation épileptoïde.

En remontant de l'extrémité du membre vers sa racine, on rencontre trois zones bien distinctes : l'inférieure paralytique, la moyenne caractérisée par la trépidation épileptoïde, la supérieure où la motilité est intacte.

Tous les moyens de traitement ayant échoué, Poulet se décida à pratiquer l'élongation des branches terminales du plexus brachial dans la région axillaire. Les trois troncs nerveux furent soumis à une traction de 6 kilogrammes pour le cubital et de 4 kilogr. 500 pour le médian atrophié. Iodoforme, suture métallique, pansement de Lister.

Dès la fin du sommeil chloroformique on peut constater que les contractions épileptoïdes ont cessé.

A partir de ce moment l'état ne se modifie pas sensiblement. A peine constate-t-on quelques légers tremblements. — Les mouvements volontaires des muscles, qui étaient auparavant en trépidation épileptoïde, sont devenus possibles dans une certaine mesure, mais le membre ne passe d'une position à une autre que par une série d'oscillations bien accentuées qui se terminent peu après la cessation de l'effort volontaire.

La main reste la même, les troubles de la sensibilité persistent. A. C.

XIX. — 1° Jeune homme de 18 ans, projeté de cheval contre une palissade; fracture esquilleuse à l'union des tiers moyen et inférieur du bras gauche; attelle de Watson. Le soir même, gonflement et douleur malgré l'absence de tout déplacement, paralysie du nerf radial, impossibilité de l'extension des doigts et de la main, anesthésie partielle avec picotements et fourmillements au dos du pouce et de l'index. Le lendemain, appareil silicaté qu'on enlève au bout de 8 jours. Hyperesthésie de tout le territoire du nerf paralysé. La guérison de la fracture s'effectue normalement, l'hyperesthésie disparaît peu à peu; puis, sous l'influence du traitement thermal et de l'électrisation, la motilité reparaît. Guérison complète en 4 mois.

2° Un officier se fracture l'extrémité inférieure de l'humérus dans une chute de cheval; l'articulation est pleine de sang, l'épitrochlée et l'épicondyle sont détachés; paralysie immédiate du radial; appareil à attelles, puis appareil plâtré. Consolidation avec raideur articulaire. — La sensibilité du dos de la main a reparu spontanément au bout de quelques jours; puis, sous la seule influence du massage et des mouvements passifs, la motilité est revenue dans les muscles paralysés. Guérison complète en 3 mois.

3° Homme de 45 ans, chute, luxation de l'épaule. Le blessé fut transporté tout en sueur dans une chambre très froide, à moitié déshabillé et couvert de glace pendant une heure. Au bout de ce temps, chloroforme et réduction de la luxation. Au 3e jour on s'aperçoit d'une paralysie totale des extenseurs de la main du deltoïde et du biceps; puis surviennent des douleurs nocturnes qui ne disparaissent que par le salicylate de soude à hautes doses. Électrisation. Au bout de 14 jours, retour de la contractilité dans le biceps, mais rien de gagné du côté du nerf radial; paralysie motrice et sensorielle complète de ce nerf, atrophie des muscles correspondants. — Au bout de 8 semaines seulement, sous l'influence des courants galvaniques et faradiques, la motilité commence à reparaître d'abord dans le deltoïde, puis le triceps, enfin dans la main et les doigts; au bout de 20 semaines les nerfs commencent à réagir sous l'action des courants; au bout de 7 mois apparaît une tumeur dorsale des tendons du poignet (ténosite hypertrophique) analogue à celle qu'on observe chez les saturnins. Disparition de cette tumeur au bout de 3 mois; retour fréquent des douleurs nocturnes. Électrisation, massage. La guérison n'est complète qu'au bout de 13 mois.

Dans la première observation, l'auteur ne sait à quelle cause attribuer la paralysie; dans la seconde, il l'attribue à une lésion légère du nerf;

dans la troisième, il admet qu'il y a eu une paralysie traumatique du nerf musculo-cutané et, sous l'influence de la réfrigération du blessé, une paralysie rhumatismale des nerfs radial et circonflexe. Cette hypothèse lui semble justifiée, d'une part, par la bénignité du traumatisme, d'autre part, par l'efficacité du salicylate de soude contre les douleurs nocturnes, enfin par la différence de durée des paralysies du musculo-cutané et du radial. Le dernier fait est le suivant :

Enfant de 7 ans, chute, fracture des deux os de l'avant-bras droit au tiers inférieur, torsion violente du poignet; appareil plâtré. Le lendemain, les doigts sont froids, bleuâtres, insensibles et paralysés; on défait l'appareil, mais on ne trouve rien d'anormal au niveau de la fracture. Compresses aromatiques chaudes sur la main. Cependant la main se tuméfie et se couvre de bulles pemphigoïdes; anesthésie complète jusqu'au niveau de la fracture. — Scarlatine intercurrente. — 18 jours après l'accident, la gangrène apparaît sur tous les doigts; elle se termine par une suppuration avec ankylose de l'articulation de la 1re/2e phalange de l'index, par l'amputation de l'auriculaire dans l'articulation de la 1re/2e phalange et par l'amputation du médius dans la continuité de la 1re phalange. Peu à peu les ulcérations se cicatrisent, la sensibilité reparaît et le malade guérit avec une notable mutilation, en l'espace de 5 mois.

L'auteur repousse dans ce dernier cas l'hypothèse d'une paralysie par compression de l'appareil; il admet, en raison de la violence de la fracture et de la torsion des fragments, une lacération des nerfs de la main suivie de paralysie des filets trophiques. DE SANTI.

XX. — Une sage-femme de 61 ans est atteinte depuis six ans de névralgie intercostale double avec accès fort pénibles. Les points douloureux existent sur le trajet de sept nerfs intercostaux (du 4 au 10e) et c'est du côté droit que les souffrances ont leur maximum d'intensité. Pas de lésion vertébrale ni médullaire appréciable.

Chose remarquable, les mamelles atrophiées, et à peine palpables, sécrètent quelques gouttes de lait, et pendant les accès cette sécrétion augmente d'une façon très marquée.

La patiente, lasse de souffrir, ayant essayé inutilement plusieurs remèdes, réclame une opération chirurgicale.

L'auteur met à nu les sept nerfs intercostaux du côté droit au moyen d'une incision oblique qui va de la troisième à la onzième côte, et pratique l'élongation centripète et centrifuge. La plaie guérit rapidement. La malade dort, elle a encore une sensation de tension au côté droit, mais les douleurs irradiées et les paroxysmes douloureux font défaut. Elle part onze jours après l'opération : on peut la considérer comme guérie de ses névralgies. Elle meurt chez elle quatre mois après. L. GALLIARD.

XXI. — Homme de 23 ans, ayant depuis 1 an une sciatique gauche, rebelle à tout traitement. Mise à nu du sciatique un peu au-dessous du milieu de la cuisse, élongation.

Pendant ces manœuvres, vives contractions musculaires au niveau de la jambe.

Immédiatement après le réveil chloroformique, on constate de l'anesthésie du pied et de la face externe de la jambe.

Dès le lendemain, les piqûres sont mal localisées et perçues parfois comme des brûlures. Un mois après l'élongation, se développe sur le gros orteil un gonflement rouge et douloureux du repli unguéal.

4 mois et demi après l'opération, les douleurs n'ont reparu ni dans la cuisse ni dans la jambe; mais les douleurs lombaires se font sentir de temps à autre.

L'anesthésie n'a pas subi de modification. L'ongle du gros orteil tombé, il y a une quinzaine, est remplacé par un nouvel ongle déformé, mince et fendillé. Rien d'anormal sur les autres orteils. J. B.

XXII. — Homme de 33 ans. Il y a 7 ou 8 ans, le malade se fit extraire la 2e grosse molaire droite inférieure, qui était cariée, et c'est trois ou quatre ans après cette avulsion qu'il commença à ressentir du même côté, et au niveau de l'alvéole correspondant à la dent arrachée, des douleurs à forme névralgique d'une intensité croissante. On attribua ces douleurs à la carie dentaire, et le malade se fit successivement arracher toutes les dents du côté droit; toutes ces dents étaient saines et leur avulsion n'amena aucune modification ni dans l'intensité, ni dans la nature des douleurs névralgiques. Les médicaments antinévralgiques n'amenèrent pas plus de soulagement.

Il existe une douleur continue très vive sur un point de la gencive correspondant à l'implantation des deux premières grosses molaires droites. Une légère pression exercée à ce niveau, comme le moindre mouvement d'abaissement de la mâchoire, provoquent des crises douloureuses excessivement violentes avec contraction spasmodique des muscles du côté droit de la face, injection et larmoiement de l'œil correspondant. Ces accidents s'opposant au sommeil et à l'alimentation, ont amené une profonde détérioration de la santé.

Pensant à une lésion locale soit du tissu osseux, soit des branches alvéolaires du nerf dentaire inférieur, et se rappelant les faits analogues rapportés par Gross, de Philadelphie (*American Journal* 1870), dans lesquels ce chirurgien avait obtenu la guérison par la résection d'une portion du bord alvéolaire de la mâchoire, Duplay eut recours à cette opération. Elle fut suivie d'un plein succès, et plusieurs mois après les douleurs n'avaient pas reparu.

S'agit-il en pareil cas d'une compression des branches alvéolaires du nerf dentaire inférieur par une sorte d'ostéite condensante, comme le pense Gross, ou de petits névromes douloureux des extrémités nerveuses, comme on en observe après les amputations. Cette dernière hypothèse est d'autant plus vraisemblable, que cette forme de névralgie a toujours pour point de départ l'alvéole d'une dent arrachée. P. MERKLEN.

XXIII. — L'auteur a pratiqué deux fois la ligature de la carotide primitive pour des névralgies paroxystiques rebelles du trijumeau.

Dans le premier cas, la maladie datait de dix ans et avait résisté, en dehors du traitement interne, à la résection du bord alvéolaire (opération de Gross) (six mois de guérison); à la résection du nerf maxillaire inférieur (3 ans de repos). La ligature de la carotide, qui ne fut suivie d'aucun accident, donna un repos absolu pendant trois ans et huit mois. La névralgie reparut alors, mais moins intense.

Dans le second cas, homme de 49 ans, l'affection remontait à 30 ans. On avait pratiqué successivement et à diverses époques les opérations suivantes : incision des téguments, résection des branches du nerf sus-orbitaire avec section en même temps des filets intra-orbitaires du nerf maxillaire supérieur (guérison de six mois), extirpation d'un demi-pouce du nerf maxillaire supérieur (soulagement pendant une durée qui n'a pu être précisée); nouvelle résection du nerf maxillaire dans le canal orbitaire dix ans plus tard (aucun soulagement). La ligature de la carotide primitive fut faite douze ans après cette opération; aucun accident, mais aucun soulagement.

Hutchinson fit alors une nouvelle tentative de résection du nerf maxillaire ; la guérison ne dépassa pas deux mois et demi.

Hueter (*Grundriss der Chirurgie*, II) a réuni 54 observations, avec 5 morts, de ligature de la carotide, pratiquées toutes après épuisement de toute méthode thérapeutique et d'autres opérations.

Wyeth a réuni 14 autres cas; en y ajoutant un cas de Gross (*Americ. journ. of med. sc.*, avril 1883) et une de ces deux observations (la 1re figure dans la statistique de Wyeth), on a 16 cas, 1 mort; sur les 15, on compte 8 guérisons, 2 insuccès, 6 avec soulagement temporaire variant entre 2, 4, 8 ans. A. C.

XXIV. — X... dans le cours d'une variole simple est traité par des injections d'éther pratiquées à la région moyenne et postérieure de la cuisse droite. A la 3e piqûre il est pris d'une douleur atroce irradiant vers le pied, qui devient engourdi ainsi que la jambe. Au bout de 15 jours les douleurs ont disparu, mais la jambe est moins grosse, plus faible; la sécrétion sudorale de la plante du pied a disparu. Cinq mois après l'auteur constate les phénomènes suivants. Le membre droit est violacé, la peau froide, les muscles moins volumineux : la jambe mesure 2 centimètres de moins que du côté sain, un peu d'œdème périmalléolaire; toute la peau de la jambe et du pied, sauf une zone verticale située en dedans, a perdu toute sensibilité aux excitations les plus variées. Le malade ne peut rester longtemps debout à cause des sensations de fourmillement et de faiblesse; les mouvements de la jambe et du pied sont abolis; l'élévation du pied, la flexion, l'abduction et le réflexe rotulien ont disparu. L'électrisation montre que le nerf sciatique poplité externe est inexcitable par le courant faradique, que la réaction est nulle dans tous les muscles de la jambe et du pied; que, au point de vue de la réaction galvanique, les muscles extenseurs communs des orteils, et pédieux ainsi que les jumeaux et le court péronier latéral sont le plus compromis.

En résumé, le malade présente tous les phénomènes qu'on obtiendrait par une section du nerf sciatique. H. L.

XXV. — Un homme de 39 ans est atteint brusquement de paralysie faciale à droite; il se fait soigner sans succès pendant dix semaines, puis entre à l'hôpital. On constate une hémiplégie faciale complète intéressant tous les muscles de la face et les piliers du voile du palais; mais l'ouïe, le goût, l'odorat, sont respectés.

L'excitabilité faradique est abolie; la galvanisme produit la réaction des muscles, mais n'impressionne pas le nerf. Sur la langue, à droite, près de la pointe, existe une ulcération arrondie, ayant un centimètre de diamètre, à bords inégaux.

Symptômes de tuberculose pulmonaire, mort au bout de quatre mois.

Autopsie. — Au niveau du trou auditif interne est une tumeur grosse comme une noisette, molle et grisâtre; adhérente au tronc du facial, qui est réduit à l'état d'un fil très mince; elle comprime le nerf acoustique et envoie dans le trou auditif interne un prolongement d'un centimètre. Le microscope y montre les éléments du sarcome.

L'ulcération linguale, large d'un centimètre et demi, ayant trois millimètres de profondeur, a un fond grisâtre rugueux et des bords peu épais; les ganglions ne sont pas tuméfiés. Elle est due, d'après l'examen histologique, à un épithélioma.

Tuberculose pulmonaire, cavernes multiples aux deux sommets. Tubercules ulcérés de l'intestin.

Sur la petite courbure de l'estomac, ulcération ronde d'un centimètre de diamètre, qui n'a donné lieu pendant la vie à aucun symptôme.

L. GALLIARD.

Nerve suture, strangulation at the point of junction; operation, rapid recovery of sensation and motion, par Walter PYE (*Brain*, p. 255, *juillet* 1885).

Un laveur de bouteilles, âgé de 25 ans, se présente à l'hôpital avec des

symptômes de paralysie du nerf cubital datant de deux ans. A la fin de 1883, il s'est coupé avec un tesson de bouteille : la plaie se cicatrisa vite, mais le nerf devint si douloureux, qu'une opération dut être nécessaire : on mit à nu, à cette époque, le tronc du cubital, et les deux bouts en furent suturés. Les douleurs reprirent partiellement, mais le mouvement et la sensibilité ne reparurent pas dans les deux derniers doigts, et les muscles correspondants s'atrophièrent.

État actuel. Il existe au niveau du poignet, sur le trajet du nerf cubital, une cicatrice très douloureuse; au moindre attouchement, l'hyperesthésie provoque une flexion involontaire des muscles des deux derniers doigts. La sensibilité est très émoussée, mais pas totalement disparue; les interosseux sont atrophiés.

Après anesthésie, une incision est conduite sur le trajet du cubital, à travers le tissu cicatriciel. En isolant le nerf à la face palmaire et au-dessous du poignet, il est facile de le suivre au milieu de la cicatrice, et on constate qu'il est étranglé par le tissu fibreux, au point de former au-dessus et au-dessous de véritables renflements (névromes cicatriciels); après dissection attentive du nerf et de ses ramifications, la plaie est fermée et pansée antiseptiquement, un drain étant fixé dans la profondeur. La guérison se fait par première intention, sans suppuration.

Au point de vue des fonctions nerveuses, voici quel fut le résultat de l'opération. Pendant les trois premiers jours, aucun changement dans la sensibilité de la peau : le quatrième, le médius commence à recouvrer une certaine sensibilité; le cinquième, le petit doigt suit à son tour : l'hyperesthésie douloureuse a complètement cessé.

Quinze jours après, la sensation est complètement revenue dans la sphère du nerf malade. Trois mois plus tard, guérison complète et disparition progressive de l'atrophie musculaire. H. R.

Ueber 2 Fälle von Sarkom der grossen Nervenstämme des Oberschenkels, par ZWICKE (*Berliner klinische Wochens.*, 30 *juin* 1884).

1er *cas.* Homme de 32 ans, dont la tumeur s'étendait du creux poplité au pli fessier gauche. Pour l'extirper, il fallut enlever un tronçon du nerf péronier trop englobé dans le sarcome pour qu'on pût l'en séparer.

Huit semaines après l'opération, récidive sur le trajet du nerf sciatique. La tumeur s'accrut rapidement. On dut renoncer à la désarticulation, et le malade succomba épuisé, un an après le début de l'affection.

L'autopsie révéla un sarcome qui occupait tout le pourtour de la cuisse depuis le jarret jusqu'au pli fessier, et était ulcéré sur toute sa face postérieure.

A la surface des poumons, nombreuses tumeurs blanc gris dont les plus grosses atteignent les dimensions d'un œuf de poule. Au niveau du hile pulmonaire, paquet ganglionnaire sarcomateux, mou.

2e *cas.* Homme de 24 ans, chez lequel dans l'espace de quatre mois s'était développée une tumeur grosse comme une tête d'adulte, à la face postérieure de la cuisse gauche. Comme dans le cas précédent, cette tumeur provenait du nerf sciatique . On l'extirpa. Mais déjà quatre mois après, se faisait une récidive. Le malade refusa une nouvelle opération ; la tumeur s'accrut rapidement, et, 13 mois après l'extirpation, on dut faire la désarticulation de la cuisse. On enleva chemin faisant les ganglions inguinaux.

Dans la discussion, Volkmann dit qu'il a observé quatre cas de tumeurs malignes des troncs nerveux. Trois d'entre eux amenèrent promptement la mort en récidivant; fait intéressant, toujours la récidive s'est faite dans le sens centripète; de sorte que, par exemple, une tumeur

siégeant sur un rameau digital du nerf médian, après des opérations réitérées, a fini par atteindre la moelle.

Le seul cas qui n'a pas récidivé jusqu'ici était un sarcome du sciatique (*R. S. M.*, VIII, 535; XVI, 262 et 642; XXIII, 286.)

I. — Plaie perforante du cœur (aiguille), par J. SANDBORG (*Nordiskt med. Arkiv, XV, n° 6*).

II. — Schussverletzung in der Herzgegend (Blessure par arme à feu dans la région cardiaque), par KUNDRAT (*Soc. des méd. de Vienne, 1er février* 1884).

I. — Chez un aliéné mort, sans affection déterminée, à l'hôpital de Rosenberg, on découvrit à l'autopsie les lésions suivantes. Péricardite adhésive. A la partie postérieure et vers la pointe, on trouva une aiguille à coudre les voiles, enfoncée dans les parois, la tête libre dans le ventricule gauche. A ce niveau existe une plaie circulaire d'un centimètre de diamètre. Ouverture correspondante dans le péricarde pariétal. En suivant l'aiguille, on trouve qu'elle a traversé le péricarde, le diaphragme, le lobe gauche du foie et les parois de l'estomac, dans la cavité duquel la pointe est libre. L'aiguille triangulaire mesure 9 centimètres de long.

S... suppose que le malade avait avalé l'aiguille avec les aliments; un côté du chas de l'aiguille manquait. L'aiguille, formant ainsi crochet, aurait cheminé à la façon d'un épi de blé sans déterminer de troubles marqués, jusqu'au moment de la perforation cardiaque et de la formation de la péricardite. A. C.

II. — A l'autopsie d'un sujet de 19 ans qui, à la suite d'une tentative de suicide, avait présenté des signes de péricardite et de pleurésie et, pendant 5 mois, un anasarque très prononcé, l'auteur trouva la balle fixée à la face antérieure de la sixième côte gauche. Avec les traces de la péricardite, et un épanchement pleural enkysté à gauche, il y avait dilatation énorme du cœur, relâchement des valvules aortiques, atrophie de la valve gauche de la valvule mitrale; de plus un anévrisme gros comme un pois dans la paroi de l'oreillette gauche, au-dessus de l'anneau valvulaire.

Comme le sujet n'avait jamais été malade avant l'accident, l'auteur attribue les lésions cardiaques à la secousse produite par la balle et au déchirement consécutif de l'endocarde. L. GALLIARD.

Three cases of ligation of the external carotid; in two, both vessels were tied simultaneously, par J.-D. BRYANT, de New-York (*New York state med. Assos.*, 19 *mai* 1885).

Dans le premier cas, la ligature fut pratiquée pour un anévrisme à marche envahissante en avant de l'oreille gauche, comprenant le tronc de la temporale, ses branches et l'occipitale. Dix jours après la ligature, les battements reparaissaient dans la tumeur, qui fut attaquée directement.

Dans le second cas, Bryant lia les deux carotides externes pour une tumeur maligne, récidivée, qui n'était plus opérable. La mort survint le onzième jour par une hémorragie de l'artère faciale.

Dans la troisième observation, il s'agit encore d'une tumeur maligne progressant rapidement; Bryant lia les deux carotides externes. Quatre semaines plus tard, la tumeur, dont les progrès avaient été arrêtés, semblait encore stationnaire. A. C.

Extirpation de 5 centimètres de la carotide primitive, englobée par un néoplasme; hémiplégie; mort, par F. BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg, 1er janvier* 1885).

Femme de 33 ans. En 1874 et 1876, deux attaques de néphrite aiguë, guérie par le lait. Depuis 20 ans, petite tumeur à la partie latérale droite du cou, devenant quelquefois un peu douloureuse et un peu plus grosse pendant plusieurs jours. En février 1884, cette tumeur offre le volume d'un gros œuf de poule, à surface irrégulière, de consistance assez dure, mobile latéralement et étendue de la région sous-maxillaire droite jusqu'à la hauteur du cartilage cricoïde. L'extirpation en est rendue difficile par ses adhérences en dehors au sterno-mastoïdien et en dedans aux branches de la carotide externe, qui sont coupées et liées; au grand hypoglosse, qui est disséqué et récliné; à sa branche descendante, qui est coupée; à l'artère carotide primitive, qu'on ne peut isoler, et dont on est forcé de réséquer un segment d'une longueur de 5 centimètres. La tumeur enlevée, on aperçoit au fond la colonne vertébrale, en dedans le pharynx, et en dehors la jugulaire et le pneumogastrique. Durant l'opération, hémorragie de 300 grammes environ. Le lendemain, hémiplégie de tout le côté gauche : somnolence, coma, rétention d'urine et mort deux jours après.

Autopsie. — Hémisphère cérébral droit œdématié, pâle, volumineux, ramolli surtout dans les couches optiques, et piqueté de points sanguins. Carotide interne droite et ses branches remplies de caillots noirs, adhérents; par places, incrustation de petits bouchons blanchâtres, fibrineux. Artère cérébrale postérieure et communicante postérieure plus petites qu'à gauche.

Au cou, gaine de la carotide primitive droite ecchymosée jusqu'à sa naissance. Artère remplie par un caillot brun noir, qui se termine en pointe mousse à 1 centimètre de la sous-clavière. Veine jugulaire libre. Parois du pharynx ecchymosées. Fort bourrelet œdémateux du ligament ary-épiglottique droit. Quelques points d'ancienne néphrite dans le rein droit : rein gauche très grand et sain. Rate pâle.

L'examen microscopique de la tumeur, qui était à cheval entre les branches de la carotide et les englobait complètement dans l'étendue de 5 centimètres, dont 2 centimètres pour la carotide primitive, et le reste pour les carotides interne et externe, a dénoté un sarcome à petites cellules rondes avec stroma très faible, qui a envahi la tunique externe des artères et ne peut pas en être décollé; à l'intérieur des vaisseaux aucune altération. L'origine du néoplasme est probablement un ganglion lymphatique préexistant.

L'auteur signale comme particularité rare de cette tumeur la lenteur de son développement (20 ans au dire de la malade); son enclavement entre les deux carotides, ce qui rendait son isolement impossible, et l'envahissement des tuniques artérielles, ce qui n'est pas la règle. OZENNE.

Arterio-venous aneurism of the common carotid artery and internal jugular vein, par Lewis A. STIMSON (*American Journ. of the med. sc., avril* 1884).

P. M..., 25 ans. En février 1882, blessure avec un canif au côté gauche du cou, en arrière du relief antérieur du sterno-mastoïdien et au niveau de l'espace crico-thyroïdien : l'hémorragie qui suivit fut abondante, cessa spontanément au bout de 2 heures : une semaine après la plaie était guérie. Durant cette semaine, le cou augmenta de volume, la respiration fut gênée et la face œdématiée : le tout disparut au bout de 2 mois. En juin, tumeur du volume d'un œuf au point blessé, avec gêne de la respiration; en août, ces symptômes avaient disparu : il persistait du thrill et des vertiges empêchant

le malade de travailler. En août 1883, thrill distinct sur la région antéro-latérale du cou avec renforcement systolique. Pas de dilatation des veines, pupilles égales : il semble exister une petite tumeur profonde au-devant des gros vaisseaux, près de la cicatrice. La pointe du canif doit avoir passé complètement à travers la veine, la perforant en 2 endroits, et piquant la paroi adjacente de l'artère : pas de sac anévrismal.

Le 8 octobre, on lie la carotide au-dessous de l'omo-hyoïdien.

Le 17 octobre, la plaie est guérie : le thrill a un peu diminué.

L'auteur a recueilli neuf cas semblables, et en même temps 3 cas de communication traumatique entre la carotide interne et la jugulaire interne, et six entre la carotide externe et une veine du cou.

Dans ces cas, on ne constate pas dans les veines les modifications qui se produisent lorsqu'une semblable communication entre une artère et une veine existe dans une autre partie du corps. La cause essentielle de ces modifications est la pression du sang dans des organes incapables d'y résister, la tension du sang poussé par la colonne artérielle, et l'issue difficile à travers les veines. Mais dans la jugulaire, le courant veineux est aidé par la pesanteur, l'aspiration thoracique; les parois ne sont pas distendues, la pression y est nulle ou négative : la lumière est très large et communique à courte distance avec d'autres trous où un excès temporaire de sang peut facilement s'échapper. S'il existe un sac anévrismal, il se dilate parce que la pression y est la même que dans l'artère ; mais si ce sac communique avec la veine, le sang pénètre dans la veine et la dilatation est minime. Pour la veine jugulaire externe, cependant, on a noté des dilatations des veines de la joue, de la face et de la peau du crâne.

Il est bien connu que la mort par hémorragie après la blessure de l'artère seule est la règle, et on peut soutenir que la blessure de la veine est une condition favorable et diminue les dangers qu'entraîne la blessure de l'artère. Le sang qui vient de l'artère est alors attiré dans la veine par l'aspiration thoracique, et la tension du sang épanché est trop petite pour ouvrir les lèvres de la plaie.

Sur 13 cas de blessure (10 carotide primitive, 3 carotide interne), on compte 9 guérisons. Dans les 6 cas de blessure de la jugulaire externe, deux malades furent opérés et moururent : 3 n'étaient nullement gênés. Sur les 19 cas, il y eut 5 ligatures de la carotide primitive et 4 morts. La ligature simple, sans ouverture du sac, suffit ordinairement : une 2e ligature sur le même tronc ou sur la carotide interne multiplie les difficultés et les dangers. Dans le cas de communication de la carotide externe ou de ses branches avec la jugulaire externe, les indications sont variables et se rapprochent des principes du traitement employé dans les anévrismes artérioveineux des extrémités : la ligature des vaisseaux qui abordent le sac ou en partent.

MAUBRAC.

Anévrisme de la carotide droite; ligature ; guérison, par Mac GILL (*Med. Times*, *I*, *p*. 711, 1885).

B..., âgée de 62 ans, anévrisme de la carotide datant de 6 mois. Depuis 15 jours, la voix est altérée. Pas de syphilis.

La tumeur a 2 pouces et demi de diamètre; située au-dessus du milieu de la carotide primitive, elle s'étend jusqu'au bout supérieur du cartilage thyroïde : pulsations très nettes, avec bruit systolique ; toux à peine perceptible ; dou-

leurs constantes dans l'épaule ; léger ptosis de la paupière droite, et contraction extrême de la pupille du même œil.

On pratique la ligature, à 1 pouce au-dessus de la bifurcation de l'innommée, en sectionnant le tendon du sterno-mastoïdien.

La plaie guérit par première intention ; la douleur disparut ; l'état général s'améliora ; la tumeur diminua lentement ; mais, 2 mois après l'opération, elle était réduite à la moitié de son volume primitif. MAUBRAC.

Anévrisme du tronc brachio-céphalique, par MARTEL (de Saint-Malo) (*Gaz. des hôp.*, 5 *mai* 1885).

Homme âgé de quarante-sept ans. Anévrisme du tronc brachio-céphalique datant de huit mois.

Traitement médical inefficace. Galvano-puncture par la méthode unipolaire. Trois séances, 23 juin, 10 juillet (accidents cérébraux consécutifs passagers) et enfin 6 août, amélioration fugace.

22 août. — Ligature de l'axillaire sous la clavicule.

6 septembre. — Accidents cérébraux immédiats, puis tardifs, disparaissant graduellement.

Morphinisme, état cachectique, progrès de la tumeur.

Mort le 1er novembre par rupture sous-cutanée. A l'autopsie, anévrisme cratériforme de la partie supérieure du tronc brachio-céphalique, avec dilatation du tronc artériel et de l'aorte ascendante, qui forment une tumeur ovoïde tout d'une pièce avec l'anévrisme lui-même.

Aortite intense et étendue, avec intégrité du cœur et des artères coronaires, pneumo-gastrique droit enflammé.

Bonne oblitération des artères liées, malgré la suppuration des plaies.

Ramollissement superficiel du cerveau, au niveau de la convexité du lobe antérieur droit, semblant en voie de guérison.

Sauf l'aorte et les branches supérieures, les artères sont remarquablement souples, minces et sans dégénérescence. A. C.

I. — Die Vorstellung eines ohne Operation geheilten traumatischen Aneurisma's der arteria subclavia, par von BERGMANN (*Berliner klinische Woch.*, 16 *juin* 1884).

II. — Ueber einen Fall von Aneurysma varicosum der Achselhöhle, par BRAMANN (*Ibidem*, 4 *mai* 1885).

I. — Jeune homme ayant reçu un coup de couteau immédiatement au-dessous de la clavicule. Épanchement sanguin considérable sous le grand pectoral et dans la paroi latérale du thorax.

Une fois le sang résorbé, il se développa au-dessous du grand pectoral un anévrisme qui détermina des symptômes si menaçants que l'opération paraissait indiquée à bref délai. En attendant, les internes s'exerçaient à pratiquer la compression. Lorsqu'on eut comprimé 2 heures durant, les pulsations anévrismales cessèrent, le sac se ratatina, et aujourd'hui on ne le sent presque plus.

Dans tous les autres cas d'anévrismes traumatiques connus, on a observé un accroissement continu de la tumeur, que la plaie se cicatrisât ou non.

Volkmann n'a traité qu'un cas d'anévrisme traumatique de la sous-clavière. L'opération est l'une des plus difficiles qu'il y ait. L'artère est

difficilement accessible à cause de l'énorme épanchement de sang qui soulève en totalité l'épaule et la clavicule. L'on arrive plus vite qu'on ne voudrait dans le grand sac anévrismal, parce que l'anévrisme diffus ne s'est pas encore transformé en anévrisme circonscrit. Chez son blessé, Volkmann a pu isoler et lier l'artère. Dans certains cas, il y aurait lieu de faire l'ostéotomie de la clavicule pour dégager les vaisseaux.

Von Langenbeck a observé 3 cas de blessure de l'artère sous-clavière. Il préconise la ligature directe de l'artère au-dessus et au-dessous de la plaie, faite aussitôt que possible, car la compression est insuffisante pour arrêter le sang.

Volkmann est également partisan de la double ligature sur place. (*R. S. M.*, I, 388 ; III, 420 ; XVI, 696 et 701 ; XXI, 674).

II. — L'anévrisme a débuté 4 semaines après le coup de couteau et s'est accru jusqu'à la quatorzième semaine. Le bras était considérablement tuméfié ; sa sensibilité et son fonctionnement amoindris ; le blessé y ressentait en permanence une impression de froid, et l'on voyait battre les veines très flexueuses. Ces pulsations veineuses cessaient dès qu'on comprimait la sous-clavière ; en même temps la tumeur s'affaissait.

La compression avec les doigts et les instruments, continuée pendant plusieurs mois, s'étant montrée infructueuse, on fit l'extirpation du sac après double ligature.

En 15 jours, la guérison était parfaite et les veines du bras s'étaient atrophiées, mais elles reparurent dans la cinquième semaine, quand l'opéré reprit son travail.

Des 9 anévrismes axillaires traumatiques connus dans la littérature, aucun n'a guéri.

Dans la discussion, Bardeleben déclare qu'il a observé un cas tout à fait semblable produit par un coup de feu. L'extirpation fut suivie de guérison, sans réapparition consécutive des dilatations veineuses. (*R. S. M.*, II, 357 et 461 ; V, 737 ; XII, 633 ; XXI, 674 ; XXV, 710.) J. B.

Simultaneous incomplete wound of femoral artery and vein; ligation in the wound of both vessels; recovery, par PILCHER (*New York surg. Society. — Medical news*, p. 633, 6 *décembre* 1884).

Un homme de 34 ans se fit par accident à l'aine droite une blessure avec un couteau étroit et affilé ; hémorragie immédiate. Tamponnement qui arrêta le sang jusqu'à l'arrivée de Pilcher ; celui-ci, après avoir désinfecté le champ opératoire, incisa longitudinalement sur la plaie, mit à découvert les vaisseaux dans le triangle de Scarpa et vit que l'instrument avait divisé la moitié externe de la veine et la moitié interne de l'artère fémorale, à un pouce et demi au-dessous du ligament de Poupart. — Section complète de l'artère et ligature de ses deux bouts au catgut, hémorragie abondante par les deux bouts de la veine et par deux larges troncs musculaires qui s'abouchent vis-à-vis la plaie ; ligatures de ces troncs, division complète et ligature des deux bouts de la veine. Lavage au sublimé et occlusion de la plaie. Il y eut néanmoins de la suppuration et même un phlegmon qui nécessita quelques contre-ouvertures ; drainage, guérison en 6 semaines sans autres troubles de la nutrition qu'un peu d'œdème de la jambe dans les premiers jours. L'auteur attribue le phlegmon aux propriétés irritantes du catgut. DE SANTI.

Studien über den Hämoglobingehalt des menschlichen Blutes bei Chlorose und Anämie unter Hämoglobin und Blutzufuhr (Études sur la richesse du sang en hémoglobine dans la chlorose et l'anémie après l'introduction d'hémoglobine et de sang), par Dionys BENCZUR (*D. Arch. f. klin. Med., Band XXXVI, Heft* 5 *et* 6, *p.* 365).

Ce travail est l'ampliation du résumé donné par Ziemssen, des recherches faites dans son service à Munich, résumé qui est analysé ci-dessous.

Dans une première partie de ce mémoire, il est question de l'influence que peut exercer sur la richesse du sang en hémoglobine l'introduction d'hémoglobine dans l'estomac chez les individus chlorotiques. — L'hémoglobine leur a été donnée sous forme de pastilles préparées avec du sang de bœuf défibriné et desséché du poids de 2 grammes environ. Chacune d'elles renfermait de 20 à 30 centigrammes d'oxyhémoglobine. Sous l'influence de ce traitement, il y eut augmentation de la quantité d'hémoglobine du sang et amélioration de l'état général des malades. Il faut dire, du reste, qu'avec des pilules de Blaud, le résultat était à peu près le même.

Dans une seconde partie du travail, il s'agit des injections sous-cutanées de sang humain ou animal ou d'hémoglobine sous la peau d'individus anémiques.

L'hémoglobine cristallisée et dissoute, introduite dans l'organisme par injection hypodermique, passe pour la plus grande partie dans la circulation; une petite quantité est rejetée par les urines. Il ne s'agirait pas là d'une véritable hémoglobinurie; il y aurait élimination de globules sanguins et de cylindres hématiques. Pendant que dure cette hémoglobinurie spéciale, on observe de la fièvre et de l'albuminurie. L'albuminurie persiste, du reste, plus longtemps que l'hémoglobinurie.

L'injection hypodermique d'hémoglobine cristallisée, puis dissoute, provoque de la douleur et de l'inflammation.

Le sang humain injecté sous la peau avec les précautions voulues ne provoque aucune douleur, aucune inflammation, même lorsqu'on en injecte des quantités considérables. Il est utile pour cela de favoriser par le massage son passage dans la circulation. Le sang des animaux amène le plus souvent dans ces conditions l'apparition d'un abcès.

L'injection d'un sang de même nature élève la richesse en hémoglobine du sang anémique. Cette élévation au maximum le lendemain de l'opération est encore sensible 10 jours après, bien qu'à un degré beaucoup moindre. Grâce à des injections répétées, le taux de l'hémoglobine reste définitivement accru. ALBERT MATHIEU.

I. — Ueber die Inhalationen von defibrinirten Blute, par S. FUBINI (*Cent. f. die med. Wiss.*, n° 9, 1885).

II. — Die subcutane Blutinjection, par ZIEMSSEN (*Deut. Archiv. f. klin. Med. XXXVI, Heft* 3 *et* 4).

III. — Regarding the effect of the saline ingredients of the blood on the contraction of the heart, par Sydney RINGER (*Brit. med. Journ., p.* 732, *avril* 1885).

IV. — Sur une nouvelle méthode de transfusion du sang, par AFANASSIEW (*Acad. des sciences*, 26 *mai* 1884).

V. — Contribution à l'étude des injections sous-cutanées de sang et de la transfusion chez l'homme, par LANGLET (*Union méd. du Nord-Est, janvier* 1885).

VI. — De la transfusion hypodermique, par LUTON (*Arch. gén. de méd., décembre* 1884).

VII. — The intravenous injection of milk, par Charles JENNINGS (*Brit. med. Journ., p.* 1147, *juin* 1885).

I. — Fubini rappelle que Cl. Bernard a émis l'idée de faire servir la trachée comme voie d'introduction des substances médicamenteuses. Jusqu'ici les cliniciens avaient négligé de mettre cette idée à profit. Et cependant, fait remarquer Fubini, grande est la tolérance des organes de la respiration pour les liquides étrangers mis en contact avec ces organes, rapide l'absorption de ces mêmes liquides dans les voies respiratoires. Partant de là, Fubini a tenté, avec succès, de faire des inhalations de sang défibriné chez des personnes bien portantes et chez des malades. Il a employé un mélange comprenant 20 parties de sang de bœuf défibriné et 80 parties d'une solution aqueuse de chlorure de sodium (à 0,75 0/0). Dans ce mélange, les globules rouges se conservent très bien pendant un certain temps. Pour les inhalations, Fubini s'est servi d'un pulvérisateur ordinaire, pourvu d'un double ballon en caoutchouc. La quantité de liquide pulvérisé à chaque séance d'inhalation était de 100 grammes. Ni la fréquence du pouls, ni le rythme des mouvements respiratoires, ni la température corporelle n'étaient influencés d'une façon sensible, un quart d'heure après une inhalation; il n'en résultait aucun phénomène d'irritation pulmonaire, et par l'auscultation on pouvait se convaincre que le liquide pulvérisé dans les voies respiratoires était absorbé.

Les observations faites par Fubini sur des malades atteints d'une oligémie, souvent grave, prouvent que ces inhalations de sang défibriné exercent une influence salutaire sur l'état général des malades et sur la composition du sang; l'augmentation du nombre des globules rouges et leur richesse plus grande en hémoglobine ont été constatées à l'aide des appareils de Malassez, de Moleschott et de Bizzozero (chromocytomètre).

E. RICKLIN.

II. — Les injections sous-cutanées de sang humain seraient capables de rendre des services analogues à ceux que l'on peut attendre de la transfusion. Par ces injections on augmente la richesse du sang en hémoglobine et le nombre des globules physiologiquement utilisables. On ne constate pas d'accident local ou général à la suite de ces injections : pas d'abcès, pas de fièvre, pas d'hémoglobinurie, pas d'urticaire. Il faut avoir soin, bien entendu, d'user des précautions antiseptiques les plus rigoureuses pour recueillir le sang du bras de celui qui le donne et l'injecter sous la peau du malade.

Ziemssen fait à chaque cuisse une injection sous-cutanée de 25 centimètres cubes de sang maintenu à la température du corps et défibriné. Il se sert de seringues qui renferment exactement 25 centimètres cubes de

sang. La canule est grossièrement percée, de façon à présenter une certaine résistance au passage du sang, de façon aussi à arrêter les caillots fibrineux qui pourraient se présenter. L'injection est faite lentement dans le sens du cours du sang veineux. Un aide favorise la pénétration du sang dans le sens centripète par un massage modéré.

L'examen spectroscopique du sang pratiqué à l'aide de l'appareil construit par Steinheil montre une augmentation de la richesse en hémoglobine qui descend rapidement en 24 heures sans atteindre toutefois son niveau primitif.

Les injections sous-cutanées de sang peuvent donc remplir les indications de la transfusion. A. MATHIEU.

III. — Voici les résultats de l'injection des éléments constitutifs du sang sur la contractilité du cœur de la grenouille :

L'injection d'eau provoque une contraction rapide, mais fugace, du ventricule.

L'addition de sel marin à l'eau distillée, dans les mêmes proportions que dans le sang, a pour conséquence d'affaiblir considérablement la contraction ventriculaire : le ventricule s'arrête en diastole et la faradisation même ne peut réveiller sa contractilité. Mais dans ces conditions, si l'on injecte un sel de chaux, par exemple du chlorure de calcium, à petite dose (1/10,000), les battements cardiaques reparaissent et récupèrent bientôt leur intensité primitive.

L'injection des sels de chaux a pour effet d'accroître l'amplitude et l'énergie des battements du cœur, mais a l'inconvénient d'amener une sorte d'état de contracture qui nuit à la diastole cardiaque.

Les sels de potasse, injectés dans la circulation, affaiblissent les battements du cœur, mais, associés aux sels de chaux, ils corrigent l'effet exagéré de ces derniers, ce qui maintient les fonctions du cœur dans une régularité parfaite.

L'auteur constate qu'il est indispensable, toutes les fois que l'on injectera des sérums artificiels à des cholériques, d'y faire entrer de petites proportions de sels de chaux et de potasse associés à du bicarbonate de soude. H. R.

IV. — Les méthodes de transfusion directe du sang ont un défaut commun : c'est que le sang peut se coaguler dans les appareils et entraver l'opération; c'est de plus que, avant sa coagulation complète, le sang commence à se concréter en petites masses microscopiques qui, transfusées, peuvent être le point de départ d'embolies et de thrombus. L'auteur s'est donc demandé si on ne pourrait pas trouver une substance inoffensive par elle-même, qui, mélangée avec le sang normal, en faciliterait la transfusion. Or, en expérimentant avec la peptone, on constate, d'une part, que l'injection d'une forte dose de peptone (3 à 6 décigrammes par kilogramme d'animal) dans les veines ne produit aucun trouble, et, d'autre part, que le sang ainsi peptonisé a la faculté de ne pas se coaguler, jusque même vingt-quatre heures après son extraction. De même, si on laisse couler le sang des artères ou des veines directement dans une solution de peptone d'une certaine concentration et d'une température de 40 degrés, sans laisser pénétrer l'air, ce sang est, pour un long temps, préservé de toute coagulation. C'est donc un mélange de ce genre (1/8 à 1/2 de peptone pour 100) que l'auteur a employé pour la transfu-

sion chez des chiens, sans jamais produire aucun accident. Reste, avant de proposer définitivement ce procédé à la thérapeutique, à démontrer, par l'analyse microscopique et chimique, que ce sang peptonisé sauve l'organisme non pas comme un liquide indifférent, mais comme un liquide contenant des éléments figurés capables de se charger d'oxygène et de présider à l'hématose. M. DUVAL.

V. — L'auteur rapporte 6 observations personnelles. Dans les cinq premières il a eu recours à des injections sous-cutanées de sang pris sur des lapins; dans quatre cas, chez des malades atteints d'anémie profonde liée soit à la pellagre et à la tuberculose, soit à une tuberculose probable, soit à une dyspepsie chronique, soit enfin à une diarrhée de Cochinchine, il n'a eu aucun résultat suffisant : l'anémie n'a pas été modifiée, mais il n'a pas constaté d'autre inconvénient, à la suite des piqûres, que la formation tardive d'abcès limités chez une femme anémiée à la suite d'une hémorragie puerpérale énorme, et qui, 6 semaines après ses couches, s'œdématiait et s'affaiblissait. 4 injections de 10 grammes chaque de sang de lapin amenèrent rapidement une amélioration notable, puis la guérison; en 3 semaines le nombre des globules remonta de 1,600,000 à 3,200,000; de cette dernière observation il conclut que le sang d'un animal peut amener une stimulation suivie d'amélioration dans l'état général, et d'une augmentation dans le nombre des hématoses. H. LEROUX.

VI. — L'auteur vante les bons effets de la transfusion hypodermique, opération qui consiste à injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané les sérums artificiels que l'on a surtout introduits dans l'économie par la voie intra-vasculaire. 5 grammes d'une solution de sulfate de soude à 1 0/0, injectés en une fois, auraient une action immédiate et favorable sur la diarrhée et les vomissements, comme aussi sur l'état général. Cette médication trouvera son application dans le choléra, les diarrhées cholériformes, les cachexies, les vomissements incoercibles, etc.

En résumé, la transfusion hypodermique peut remplacer la transfusion intra-vasculaire, dont elle offre tous les avantages sans en avoir les inconvénients. P. MERKLEN.

VII. — A propos d'une injection intra-veineuse de lait faite sur un patient moribond, et qui lui a rendu la santé, l'auteur passe en revue tous les travaux publiés sur la question depuis le mémoire de Gaillard Thomas jusqu'à ceux de Laborde, Howe, Meldon, etc. Voici les conclusions de ce travail :

Les injections intra-veineuses de lait à petites doses sont inoffensives, quand le lait est récemment trait.

De copieuses injections de lait sont dangereuses et mortelles, après avoir produit, comme phénomène prépondérant, une polyurie excessive.

L'emploi du lait impur ou aigri est très dangereux et donne lieu à des accidents de septicémie.

La transfusion du lait est une opération à recommander dans les phases ultimes du choléra, de la fièvre typhoïde, de la phtisie, de l'anémie pernicieuse, en un mot toutes les fois que la transfusion du sang paraît indiquée et se trouve difficile à exécuter pour des raisons particulières.

H. RENDU.

I. — Résumé d'une nouvelle série d'expériences sur les effets de l'ablation des corps thyroïdes, par SCHIFF (*Revue médicale de la Suisse romande, IV*, 425, *août* 1884).

II. — Ueber Cachexia strumipriva, par KŒNIG (*Berliner klinische Wochens. n°* 22, *p.* 351, 2 *juin* 1884).

III. — Die Cachexia strumipriva, par C. KAUFMANN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aertze, n°* 8, *p.* 177, 15 *avril* 1885).

IV. — Ueber den Ausgang seiner mehr als 300 Fälle umfassenden Kropfexstirpationen quoadvitam, par KOCHER (*Idem, n°* 13, *p.* 319, 1er *juillet* 1885).

V. — Demonstration eines Kropfes, par JACUSIEL, et Discussion VIRCHOW, B. BAGINSKY, EWALD, P. HEYMANN (*Berliner klinische Wochens., n°* 49, *p.* 790, *et n°* 51, *p.* 819, 8 *et* 22 *décembre* 1884).

VI. — Démonstration de pièces anatomiques de goitres, par VIRCHOW (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 12, *p.* 307, 11 *mai* 1885).

VII. — Ueber die Wirkung parenchymatoeser Arsenikinjectionen bei Kröpfen, par F. DUMONT (*Berlin. klin. Woch., n°* 9, *p.* 201, 1er *mai* 1884).

VIII. — Ein neues Verfahren zur Heilung des Kropfes, par A. WEISS (*Berliner klinische Wochens., n°* 2, *p.* 23, 12 *janvier* 1885).

IX. — Zur Lehre vom Kropf, par Julius WOLFF, LANGENBECK, KUESTER (*Berliner klinische Wochens., n°* 19, *p.* 297, *et n°* 20, *p.* 314 *et* 322, 11 *et* 18 *mai*, 1885).

X. — Goitre ; thyroïdectomie totale ; guérison ; par KOEHLER (*Berliner klinische Wochens., n°* 22, *p.* 358, 1er *juin* 1885).

I. — Schiff poursuit ses expériences sur les effets de l'ablation des corps thyroïdes (*R. S. M.*, XXIV, 435).

Cette opération n'a même pas rendu malades les rats et les lapins. Mais chez les chiens et les chats, Schiff s'est assuré de nouveau que la thyroïdectomie complète, faite sur des animaux sains et non préparés par une opération préalable, est promptement mortelle ; sur 60 chiens, un seul a survécu, après avoir offert des symptômes très graves. Des 59 autres, il en est 2 qui ont offert un symptôme dont Schiff n'a pas encore parlé, c'est-à-dire une anorexie, qui diffère de celle que tous les chiens montrent pendant une affection fébrile, car elle ne s'accompagne pas d'aversion pour la nourriture.

L'ablation successive des deux corps thyroïdes est, en revanche, bien supportée par les chiens et les chats, pourvu qu'on laisse entre les deux opérations un espace de temps suffisant dont le minimum est de 8 à 10 jours, mais qui doit être plus long chez les animaux jeunes que chez les adultes. L'autopsie de ces animaux, sacrifiés au bout de plusieurs mois, n'a rien révélé de caractéristique.

La section préalable des nerfs thyroïdiens n'atténue nullement la gravité de l'ablation simultanée des deux corps thyroïdes.

Ce n'est ni dans les capsules surrénales ni dans le thymus qu'il faut chercher une action compensatrice après la suppression successive de l'influence des corps thyroïdes. D'autre part, une expérience de Bardele-

ben, sur un chien, montre que l'organe compensateur n'est pas non plus la rate.

La thyroïdectomie perd ses dangers et une partie essentielle de ses effets si l'on a greffé d'abord dans la cavité abdominale d'autres corps thyroïdes provenant de la même espèce animale.

Mais si l'on attend trop longtemps entre la greffe et la thyroïdectomie, celle-ci peut entraîner la mort.

Donc la substance des glandes greffées, en passant dans le sang, peut compenser pendant un certain temps l'effet de l'ablation des thyroïdes, jusqu'à ce que l'absorption de la greffe soit complète.

II. — En réponse aux faits de Baumgaertner (*R. S. M.*, XXV, 728) qui pourraient laisser croire qu'il suffit de faire cesser la compression des voies aériennes pour voir disparaître la cachexie consécutive à l'ablation du corps thyroïde, Kœnig mentionne un jeune garçon auquel on fut obligé d'enlever un goitre annulaire qui menaçait de le suffoquer. La gêne respiratoire, momentanément amendée par cette opération, reparut bientôt et nécessita la trachéotomie 4 semaines plus tard. Ultérieurement, pour la même raison, il fallut faire encore deux nouvelles trachéotomies, et malgré que le jeune malade porte maintenant une canule à demeure et qu'il respire ainsi très facilement, il est devenu de plus en plus imbécile, au point que ni ses parents ni ses maîtres ne savent qu'en faire.

III. — Contrairement à Schiff (*R. S. M.*, XXIV, 435), à Zesas (*R.S.M.*, XXV, 457), à Wagner, à Sanquirico (*R.S.M.*, XXV, 459), Kaufmann prétend que les chiens résistent très bien à la thyroïdectomie complète, qu'il a pratiquée quatre fois.

Malgré la ressemblance extérieure du myxœdème avec la cachexie consécutive à l'extirpation du corps thyroïde, les dissemblances anatomopathologiques sont si grandes que Kaufmann estime impossible de rattacher les deux affections à la même cause. L'épaississement de la peau, qui est un symptôme commun à l'une et à l'autre, dépend dans le myxœdème de la distension du tissu conjonctif sous-cutané par des dépôts de mucine et d'un dépôt de graisse dans la cachexie thyroïdienne; de plus les lésions viscérales et vasculaires sont considérables dans le premier et nulles dans l'autre.

IV. — Kocher a pratiqué plus de 300 extirpations de goitre; les 70 dernières ont toutes été suivies de guérison. A mesure que, par les perfectionnements du manuel opératoire, la thyroïdectomie devenait moins dangereuse, Kocher en a étendu les indications. Maintenant il n'enlève pas seulement les tumeurs dont la présence constitue un péril ou une grande incommodité, mais aussi celles qui obligent leurs porteurs à se séquestrer du monde.

Sur 40 extirpations totales du corps thyroïde, 34 ont été suivies de succès. Sur ces 34 opérés, il en est 24 qui ont présenté les symptômes cachectiques caractéristiques : douleurs dans les membres, lassitude, sentiment de froid général, gonflement des mains, des pieds et de la face, arrêt complet de la croissance, abaissement du nombre des globules rouges jusqu'à 2 millions par millimètre cube, diminution de l'hémoglobine du sang, sans modification de ses éléments figurés; lenteur de la parole, etc.

Kocher insiste sur la ressemblance de cette symptomatologie avec le myxœdème, affection dans laquelle à l'autopsie on a constaté parfois l'ab-

sence du corps thyroïde, fait que Kocher a constaté de son côté sur plusieurs crétins vivants.

Les expériences de Schiff sur les animaux n'expliquent pas suffisamment le développement de la cachexie chez l'homme.

En effet, Kocher l'a vue survenir après avoir opéré en deux séances, séparées par un intervalle de 9 mois, l'ablation totale de la glande.

De son côté, Kocher attache moins de valeur qu'autrefois au rétrécissement consécutif de la trachée pour expliquer la genèse des accidents.

Cinq des autres opérés, auxquels Kocher avait pratiqué la thyroïdectomie, sont restés indemnes de la cachexie, parce qu'ils ont une récidive de leur affection, tenant à un fragment thyroïdien qui a échappé à l'opérateur.

V. — *Jacusiel* présente des pièces anatomiques provenant d'une jeune fille de 14 ans qui avait un goitre remontant jusqu'à la mâchoire et descendant jusqu'à la 2e côte. Elle ne présentait d'autre symptôme fonctionnel que du stridor, lorsqu'elle fut inopinément prise d'un accès de suffocation qui entraîna la mort en peu d'instants. La trachée offre l'aplatissement caractéristique en fourreau de sabre.

Mais *Virchow*, qui a examiné les pièces, a constaté en outre un œdème considérable de la glotte qui a été la vraie cause de la mort subite, car le rétrécissement de la trachée n'était pas suffisant pour expliquer cette prompte terminaison fatale.

B. Baginsky a observé un fait assez analogue à celui de Jacusiel. Il s'agissait aussi d'une jeune fille de 14 ans, qui avait été trachéotomisée dix ans auparavant. Elle lui fut amenée pour de la gêne respiratoire, causée par un goitre. Au laryngoscope, les cordes vocales étaient parfaitement mobiles, mais la trachée était aplatie en fourreau de sabre. Le cathétérisme avec les dilatateurs de Schroetter ne fit qu'augmenter la suffocation. Quelques jours plus tard, on était obligé d'en venir à la trachéotomie. Mais dès le début de l'anesthésie, l'enfant succombait irrémédiablement. A l'autopsie, on reconnut que la trachée comprimée était ramollie et avait perdu son élasticité.

Ewald émet l'avis qu'en circonstance semblable, il est toujours bon de faire une ponction exploratrice qui est sans inconvénient et qui peut faire cesser les accidents de compression menaçante si l'on a affaire à un goître kystique. Il cite à l'appui un cas de la clinique de Frerichs concernant un jeune homme de 20 ans qui mourut suffoqué au moment où on allait lui pratiquer la trachéotomie. A l'autopsie, on vit qu'il s'agissait d'un kyste du corps thyroïde qui ne s'était décelé par aucune fluctuation.

P. Heymann relate l'histoire d'une jeune fille de 15 ans chez laquelle, dans l'espace d'une quinzaine de jours, s'était développé un goitre volumineux et très dur. L'examen laryngoscopique permit de voir que la trachée aplatie et comprimée avait à peine les dimensions d'un crayon. Sous l'influence de l'iodure de potassium à l'intérieur, d'injections iodées et d'applications de glace, en 3 ou 4 semaines les accidents de compression avaient disparu et la tumeur diminué, bien qu'il y eût encore un rétrécissement de la trachée visible au laryngoscope.

VI. — Dans le 1er cas, il s'agit d'une femme de 70 ans qui, dans les derniers temps de sa vie, avait une dyspnée extrême mais se refusa à toute opération. A l'autopsie, on reconnut qu'on avait affaire à un sarcome thyroïdien qui avait perforé la trachée dans laquelle il envoyait des prolongements. Ici donc l'opération eût nécessairement compris la résection d'une partie du tube aérien.

Dans le 2e cas, il s'agit d'une variété insolite de goitre. La malade, âgée de 50 ans et non prédisposée héréditairement, avait vu sa tumeur commencer 12 ans auparavant, à la suite de son second accouchement. Après la méno-

pause, le goitre, jusque-là gros comme un œuf de poule, atteignit en 6 mois des dimensions bien supérieures à celles du poing. La gêne respiratoire décida la femme à se faire opérer.

La tumeur extirpée est un goitre kystique à cavités très irrégulièrement anfractueuses entourées toutes d'une masse charnue d'aspect étrange et qui envoie déjà, par places, des prolongements dans le tissu voisin. A première vue, Virchow crut à du sarcome, mais l'examen microscopique de la masse y révéla une texture glanduleuse. Elle se distingue du carcinome ordinaire par la présence de canaux très allongés et flexueux, en partie ramifiés et intriqués les uns dans les autres. Ces canaux sont creux au lieu d'être remplis d'épithélium, comme dans le cancer; ce sont donc des conduits de glandes. Ailleurs on voit des phases moins avancées de la lésion, soit des follicules seulement hypertrophiés, soit des follicules remplis d'un contenu gélatineux. En tout cas, le pronostic doit être réservé, car cet adénome offre des caractères de malignité.

VII. — Moins heureux que Grunmach (*R.S.M.*, XXII, 685), Dumont a pratiqué, sans grand succès, des injections interstitielles de liqueur de Fowler pure, chez 26 malades, atteints de différentes formes de goitre. Il en injectait 10 gouttes une fois par semaine.

La tumeur n'a diminué que dans la forme hypertrophique. Dans les goitres kystiques, lorsqu'il y a eu diminution de la tumeur, elle s'est accompagnée d'une thyroïdite si violente que chez deux malades il a fallu extirper le goitre.

Dumont pense qu'avec toute autre espèce d'injection parenchymateuse on pourrait obtenir les mêmes résultats qu'avec l'arsenic.

Sur les 132 injections pratiquées, il n'a noté qu'un collapsus, d'ailleurs peu grave, chez une enfant et jamais de phénomènes d'intoxication un peu marqués.

En résumé, il ne paraît pas partisan du traitement du goitre par la méthode des injections, vu le travail inflammatoire consécutif et les adhérences qu'il entraîne, adhérences qui augmentent les difficultés quand on en vient à l'opération radicale.

VIII. — On touche avec un thermo-cautère en forme d'alène, chauffé à blanc, la peau qui recouvre le goitre, en laissant un centimètre d'intervalle entre chaque pointe de feu.

On répète l'opération, qui est peu douloureuse, au bout de 6 ou 8 jours, et cela jusqu'à ce que la tumeur ait disparu. Suivant les dimensions et la nature du goitre, le nombre de cautérisations nécessaire varie de 6 à 12 ou même davantage.

En même temps, si l'iode est toléré, on administre à l'intérieur 3 ou 4 cuillerées par jour d'une solution de 5 grammes d'iodure de potassium dans 200 d'eau ; mais ce traitement interne n'est pas absolument indispensable.

La guérison est beaucoup plus rapide dans le goitre charnu endémique que dans le goitre kystique. Contre ce dernier, Weiss use à titre d'adjuvant de ponctions aspiratrices avec une seringue analogue à celle de Pravaz.

Weiss n'a pas eu l'occasion d'essayer les cautérisations sur les autres espèces de goitre. Lorsqu'il survient un temps d'arrêt dans la régression du goitre, Weiss fait suppurer les petites escarres des brûlures en les ramollissant avec de la vaseline et en les couvrant de ouate.

Les pointes de feu paraissent spécialemnt indiquées dans les cas où le réseau veineux est si développé qu'on ne saurait songer prudemment à recourir aux injections interstitielles.

Le premier effet des cautérisations est de diminuer ce lacis vasculaire et il y aurait peut-être là une médication à tenter contre les varices encore récentes.

L'aphonie absolue liée à un catarrhe aigu du larynx disparaît après une seule application des pointes de feu.

IX. — Wolff relate trois opérations de goitre dans lesquelles il a pu se dispenser de toute ligature, se bornant à faire comprimer les vaisseaux béants sans discontinuer l'énucléation de la tumeur sur d'autres points. En voici le résumé :

1° Goitre hypertrophique chez un garçon de 15 ans. La tumeur de la grosseur d'un petit poing, dans sa portion visible, plongeait derrière le sternum, tandis qu'en haut elle ne dépassait pas le bord supérieur du cricoïde. Le surlendemain du premier examen, jour convenu pour l'opération, en se réveillant, le malade tombe subitement dans le collapsus.

La trachéotomie est faite instantanément, et la respiration artificielle pratiquée ranima le malade.

Dans l'après-midi du même jour, Wolff pratiqua l'extirpation du goitre, enlevant la moitié gauche du corps thyroïde et la totalité de l'isthme, et ne laissant que le lobe droit qui était moins développé. La trachée était très ferme mais aplatie latéralement. Dès qu'un vaisseau veineux ou artériel donnait du sang, on le comprimait, soit directement avec le doigt, soit avec un tampon de ouate salicyliquée; au bout de quelques minutes, l'hémorragie était presque toujours complètement arrêtée; deux ou trois fois seulement, il fut nécessaire de tordre un vaisseau avec la pince à ligature. La plaie fut suturée. drainée et pansée aussi antiseptiquement que le permettait la présence de la canule qui ne fut retirée que le cinquième jour. Dès les premières semaines qui suivirent l'opération, on s'aperçut que le lobe droit du corps thyroïde diminuait de volume; au bout d'un mois on ne le sentait plus. Maintenant qu'une année s'est écoulée, il semble que le malade ait subi la thyroïdectomie totale. Il ne présente d'ailleurs pas trace de la cachexie consécutive à l'ablation du corps thyroïde.

2° Femme de 24 ans ayant déjà subi deux ponctions et des injections iodées. Wolff fit une troisième ponction qui donna issue à un liquide chocolat. Au bout d'une quinzaine, la tumeur avait repris ses dimensions premières. Wolff procéda alors à l'extirpation du kyste qui était partout recouvert d'une mince couche de tissu glandulaire normal. L'opération fut pratiquée comme dans le cas précédent, c'est-à-dire en se tenant autant que possible à l'intérieur de la capsule d'enveloppe et en détachant la tumeur surtout avec les doigts et le manche du scalpel. Aucune ligature ne fut nécessaire et la guérison fut parfaite en 12 jours.

3° Goitre également kystique chez une femme de 20 ans. Ce kyste ayant les dimensions d'une grosse noix siégeait dans l'isthme du corps thyroïde. L'énucléation eut lieu sans perte de sang notable et sans ligature. Mais à l'inverse des deux cas précédents, l'étroitesse du champ opératoire ne permit pas de faire conjointement la compression des vaisseaux béants et la dissection d'un autre point de la tumeur; pour continuer celle-ci, il fallut attendre chaque fois que le sang fût arrêté. Néanmoins, l'opération ne dura pas beaucoup plus d'un quart d'heure. La malade put quitter l'hôpital le 10e jour.

Wolff insiste longuement sur les avantages de la dissection du goitre à l'intérieur de son enveloppe et sur la compression temporaire des vaisseaux béants, qui dispense de faire des ligatures. Il en résulte que

l'opération est abrégée, qu'on ne risque pas de léser les nerfs et les vaisseaux, qui ont bien leur part dans le développement de la cachexie caractéristique, et que la guérison de la plaie est beaucoup plus facile.

Il soutient que l'absence de ligatures ne prédispose pas aux hémorragies secondaires, dès qu'on applique un pansement antiseptique convenablement serré.

D'autre part, il convient que son procédé opératoire s'applique surtout aux goitres kystiques et aux goitres hypertrophiques petits, durs, peu vasculaires, non adhérents.

La première observation montre qu'il ne faut pas désespérer trop vite de ranimer un malade asphyxié par son goitre, pourvu que le cœur soit encore indemne. Elle prouve également que l'excision partielle du corps thyroïde peut être suffisante. C'est S. Jones (*The Lancet*, 1883, II, p. 900, 24 novembre) qui, le premier, a indiqué la rétrocession spontanée des portions de goitre laissées en place; chez un jeune homme de 18 ans, il lui a suffi d'extirper l'isthme pour voir disparaître les lobes latéraux du corps thyroïde.

De ses deux autres observations, Wolff conclut que l'extirpation des goitres kystiques, faite antiseptiquement et suivant son procédé, est une opération inoffensive bien préférable à l'incision simple et aux injections iodées.

Dans la discussion, *Langenbeck* et *Kuester* ne pensent pas que Wolff réunisse beaucoup d'adhérents pour son procédé opératoire, qui doit manifestement favoriser les hémorragies secondaires. Ainsi Kuester, sur une trentaine d'extirpations de goitre, a eu 2 morts foudroyantes par relâchement d'une ligature veineuse.

En revanche, les observations de Kuester confirment celles de Wolff sur l'influence de l'excision partielle du goitre relativement au reste de la tumeur. Autrefois, Kuester enlevait à intervalles éloignés les deux lobes latéraux du goitre, en commençant par le plus volumineux; aujourd'hui il se borne à cette première opération, ayant remarqué qu'elle suffit pour faire disparaître la gêne respiratoire et qu'elle peut être suivie d'une régression spontanée de l'autre lobe.

De son côté, Langenbeck est d'accord avec Wolff sur le traitement des goitres kystiques. Il cite un kyste thyroïdien, du volume d'une tête d'enfant, qu'il a été obligé, sur les instances du malade, de traiter par les injections iodées. Il fallut 10 mois pour faire cesser la gêne respiratoire et actuellement l'orifice de ponction reste fistuleux, l'atrophie du kyste n'étant pas encore complète.

Langenbeck relate les deux faits suivants qu'il considère comme des métastases du goitre.

1er *cas*. Observation de Kramer : Extirpation d'un goitre hypertrophique chez un homme de 49 ans, pour gêne extrême de la respiration et de la déglutition : la tumeur n'avait pourtant que le volume du poing, mais elle descendait en arrière du sternum. Les douleurs le long du rachis cervical et du plexus brachial gauche ne firent qu'augmenter après l'opération; en même temps, on constatait au niveau du sternum l'existence d'une tumeur arrondie, pulsatile, ayant la grosseur d'un œuf de pigeon. Tout d'abord, Langenbeck n'hésita pas à y voir une métastase goitreuse, mais n'y percevant pas le souffle, dit placentaire, caractéristique, il se rallia à l'idée des autres médecins qui admettaient un anévrisme aortique. L'opéré offrait en outre la

déchéance de l'intelligence et du physique, accompagnant la cachexie consécutive à l'ablation du corps thyroïde.

Les injections d'ergotine et l'iodure de potassium s'étant montrés inefficaces, Kramer effectua la ligature des gros troncs artériels du cou : en trois séances différentes, il lia successivement la carotide primitive gauche et les sous-clavières, enlevant du même coup une tumeur de la grosseur d'une noix occupant la région sus-claviculaire et dont la texture était identique à celle du goitre. Nonobstant toutes ces opérations, la tumeur sternale et les douleurs ne firent que croître. Le malade ne pouvait plus tenir la tête droite. Enfin après une période d'agitation maniaque, de convulsions cloniques et de délire fébrile, il tomba dans le coma et mourut.

A l'autopsie, on reconnut l'intégrité du cœur et des gros vaisseaux. La tumeur sternale, molle, très vasculaire avait l'aspect extérieur d'un adénome malin. Les corps des 4e et 5e vertèbres cervicales étaient détruits par une masse morbide d'apparence identique.

2° *cas*. Observation personnelle : Femme de 37 ans atteinte depuis 13 ans d'un goitre qui occupe toute la face antérieure du cou, depuis le bord de la mâchoire inférieure jusqu'à la fourchette sternale. Depuis trois ans, la tumeur ne fait plus de progrès et elle n'occasionne aucune gêne. Sa consistance est très variable suivant les points : dans les endroits fluctuants, la ponction fournit un fluide laiteux. L'indolence est absolue.

Il y a 16 mois, apparition d'un gonflement à la face externe du maxillaire inférieur droit; bientôt la tuméfaction envahit toute la région parotidienne et fait saillie dans la cavité buccale, puis une dent tombe spontanément et il se fait dès lors des hémorragies incoercibles.

L'anémie extrême de la malade détermine Langenbeck à pratiquer la ligature préalable de la carotide externe droite et de ses branches. Puis il incise la tumeur de la joue et constate qu'elle provient de la mâchoire inférieure, qui est en grande partie détruite. Les caractères macroscopiques de cette tumeur étaient ceux de l'adénome. Mais pas plus que dans le cas précédent, l'examen microscopique n'a encore été fait. L'opérée a bien guéri.

X. — Koehler présente une jeune fille de 17 ans, à laquelle il a pratiqué, il y a deux mois et demi, l'extirpation complète du corps thyroïde goitreux, qui n'offre encore aucun symptôme de la cachexie spécifique. Il se demande si ces accidents, non encore signalés dans l'Allemagne du Nord et du Centre et si communs au contraire en Suisse, ne doivent pas s'expliquer par des causes locales, spéciales aux pays montagneux où le goitre est endémique. Selon lui, il se pourrait que le virus goitreux continuât à agir sur les individus privés de leur corps thyroïde.

Quant aux causes de la mort subite dans le goitre, à celles déjà admises : ramollissement de la trachée tel qu'un mouvement brusque de la tête produit une suffocation mortelle, aplatissement de la trachée en fourreau de sabre, paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, œdème de la glotte, Koehler pense qu'il convient d'ajouter le spasme de la glotte, tenant à la contraction de ses muscles adducteurs.

Dans la discussion, Zwicke annonce que, dans une autre enceinte, Bardeleben a présenté récemment un individu auquel il a fait l'extirpation totale du corps thyroïde, il y a déjà trois ans, et qui jouit cependant de la meilleure santé, tant physique qu'intellectuelle. J. B.

Endemic goitre or thyreocele, par William ROBINSON (*Thèse de l'Univ. de Durham, in-8°, Londres*, 1885).

Dans ce travail, couronné par l'Université, l'auteur retrace en quelques pages l'histoire résumée du goitre, de ses formes, des méthodes thérapeutiques qu'on a appliquées à diverses époques.

Au chapitre des symptômes cliniques, Robinson s'étend avec assez de détails sur les troubles circulatoires et respiratoires produits par la compression. Il discute notamment, avec soin, d'après les travaux de Semon, les effets de la compression du nerf récurrent et cherche à expliquer la cause de cette paralysie portant exclusivement sur les muscles abducteurs.

Il se demande si dans certains cas la paralysie ne pourrait pas avoir une origine vasculaire, les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs étant irrigués par l'artère laryngée inférieure, tandis que les autres muscles reçoivent leurs branches nourricières de l'artère laryngée supérieure. Il n'insiste pas trop sur cette interprétation, détaillant lui-même les objections qu'on peut faire à cette théorie.

Quels rapports le goitre affecte-t-il avec le crétinisme ? C'est là une question importante, étant donnés les cas assez nombreux de cachexie strumiprive observés à la suite de la thyroïdectomie. L'auteur se contente de passer en revue les diverses opinions. De même pour l'étiologie, où il s'abstient de se prononcer sur la valeur des diverses causes invoquées.

Le traitement est étudié d'une façon un peu sommaire; les statistiques de thyroïdectomie sont citées en quelques lignes; le procédé opératoire est la traduction des données de Kocher.

L'auteur ne discute pas les indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale ou les divers procédés mis en œuvre par les chirurgiens. A. C.

Ueber die Exstirpation des Kropfs bei Morbus Basedowii, par Louis REHN (*Berliner klinische Wochens.*, n° 11, *p.* 163, 17 *mars* 1884).

Rehn relate quatre exemples de goitre s'accompagnant des symptômes plus ou moins complets de la maladie de Basedow : palpitations, accélération extrême du pouls, anxiété précordiale et oppression; seule l'exophthalmie n'existait que chez deux des malades.

Chez un seul, le goitre était héréditaire. Chez tous, à la suite de l'opération de la tumeur, qui consista pour 3 d'entre eux dans son extirpation, tous les phénomènes morbides disparurent. J. B.

Ueber die operative Behandlung der verkäsenden Lymphdrüsenanschwellungen, par von LESSER (*Berliner klinische Wochens.*, n° 25, p. 399, 23 *juin* 1884).

Von Lesser a pratiqué un assez grand nombre d'extirpations de ganglions caséeux : mais depuis 6 mois il a remplacé l'extirpation par le raclage sous-cutané.

Il fixe les ganglions entre le pouce et l'index gauche et enfonce dans leur intérieur l'extrémité d'un bistouri à lame étroite. Le bistouri retiré,

il introduit par la plaie cutanée, longue de 5 millimètres, une curette et gratte vigoureusement l'intérieur de la glande en amenant au dehors la matière caséeuse.

S'il existe d'autres ganglions volumineux au voisinage du premier, par la même ouverture cutanée, il fraie un trajet à l'instrument pour les évider.

On s'abstiendra toutefois de ponctionner la peau à proximité de grosses veines sous-cutanées, comme la jugulaire externe.

La plaie opératoire guérit sous un pansement à la fois antiseptique et compressif, quand il s'agit de ganglions superficiels. Si l'on a dû creuser un trajet sous-cutané plus long, il faut y introduire un drain.

La cicatrice consécutive est arrondie et de niveau avec la peau.

Von Lesser attribue au raclage sous-cutané des ganglions les avantages suivants sur l'extirpation : tout en donnant les mêmes chances de guérison, l'opération est beaucoup moins difficile, défigure moins le malade et ne l'oblige pas d'interrompre son travail. J. B.

Clinical lectures. On the scrofulous neck, par Clifford ALBUTT. — On the surgery of scrofulous glands, par Pridgin TEALE (*Medical Times, p.* 35, 10 *janvier* 1885, *et broch. Londres*, 1885).

Les principes précis d'après lesquels le chirurgien intervient dans le traitement des glandes dégénérées et suppurées reposent sur deux faits : l'un, fondamental, établi par le médecin — la glande dégénérée peut être un centre d'où diffusent dans l'organisme des principes nuisibles ; l'autre établi par le chirurgien — les cavités et sinuosités septiques peuvent être privées de leurs propriétés dangereuses et être converties en surface guérissant rapidement, par l'emploi de la curette de Volkmann, perfectionnée par Lister, achevant le travail que ne peut pas faire le bistouri.

Les adénites cervicales ne sont pas ordinairement liées à l'infection de l'organisme.

L'intervention chirurgicale s'impose :

Lorsqu'existe une fistule, dont l'origine est une glande dégénérée ;

Lorsqu'un liquide, pus, etc., provient d'une glande hypertrophiée ;

Lorsqu'il y a des glandes accessibles au chirurgien, dans lesquelles on a découvert des foyers suppurants ou caséeux.

L'intervention peut être considérée comme justifiée lorsque des glandes qui ne suppurent pas et n'ont pas de foyers caséeux sont désagréables à la vue ou que le malade est de faible santé.

Le chirurgien peut assurer la guérison en quelques semaines des cavités et fistules glandulaires, alors même qu'elles existent depuis plusieurs années.

L'intervention doit être vigoureuse et complète. L'abcès, visible, est seulement un réservoir de pus, dont la source est une glande dégénérée *sous le fascia cervical profond*, quelquefois sous-musculaire.

L'incision et la ponction de ces abcès sont inutiles, la glande dégénérée restant derrière le fascia profond.

L'extirpation, avant que la peau soit amincie, donne une cicatrice insignifiante : elle n'est déprimée que lorsqu'existe depuis longtemps une fistule.

Dans le cas de fistule, on la dilatera avec le bistouri ou le « dilatateur

de Bigelow » : la surface granuleuse sera raclée : on ne s'arrêtera qu'après avoir découvert et enlevé la glande.

Une glande non suppurée s'enlève presque par énucléation, la cicatrice est très petite.

Si la glande a suppuré, on ouvre la capsule, on pratique le raclage et si le doigt découvre dans la paroi la saillie d'une glande voisine, on l'extirpe à travers la paroi de la cavité. On lave la plaie à l'acide phénique, et on bourre d'iodoforme : on place un drain et un pansement antiseptique.

Quand une glande a été enlevée avec sa capsule, il n'est pas nécessaire de renouveler le tube à drainage : dans toute autre condition on le remplace par un tube de métal, qui reste jusqu'à ce qu'on suppose que tout est guéri excepté le trajet du tube : cette période varie de 3 à 8 ou 10 semaines.

Suit la relation de 19 interventions dans des cas de glandes scrofuleuses. MAUBRAC.

Traitement des ganglions scrofuleux du cou par excision, par John FAGAN (*The Dublin journ. of med. sc., p.* 495, *juin* 1884).

L'auteur préconise l'extirpation des ganglions scrofuleux du cou, surtout quand ils sont bien isolés et superficiels. Il fait une incision le long du sterno-mastoïdien, dissèque la région, met à nu le ganglion, le traverse avec une aiguille courbe et le décortique en opérant des tractions légères, de manière à l'énucléer complètement. Cela fait, il lave l'intérieur de la plaie avec une solution de chlorure de zinc à 1/50 et fait une suture. La plaie est pansée antiseptiquement et guérit presque toujours par première intention. L'auteur publie trois observations de ce genre, et discute ensuite l'avantage qu'il y a d'enlever les foyers tuberculeux ganglionnaires avant que l'infection ne se généralise. Quelle que soit la valeur de cette dernière explication théorique, le procédé semble donner de bons résultats, au moins dans un certain nombre de cas. H. R.

Tuberculosis linguæ, par F. GADE (*Nordiskt Magazin for Lægevid. p.* 95, 1884).

On trouvait chez un homme de 44 ans la moitié gauche de la langue occupée par une grosseur du volume d'une noix sur une étendue de 4 centimètres depuis la pointe. Excision et guérison par 1re intention. Au microscope, tubercules et bacilles abondants. R. C.

The surgical treatment of epilepsy arising from injuries of the head, par W.-T. BRIGGS (*Trans. of the americ. surg. Assoc., II, p.* 101).

Briggs a pratiqué 30 fois la trépanation pour des crises épileptiques consécutives à un traumatisme de la tête; le résultat a été de 25 guérisons, 3 améliorations, 1 état stationnaire, 1 mort (Voy. *R. S. M.*, XIV, 332). Il discute les conditions qui provoquent cette complication, état de la plaie, genre de traumatismes, lésions et inflammations osseuses, etc., et les indications de l'intervention.

Il estime que l'opération doit être faite le plus tôt possible pour éviter que cette irritation des centres nerveux ne détermine des lésions perma-

nentes et irrémédiables, et elle doit être faite aussi complète que possible, en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques. A. C.

I. — **Ueber die morphologische Bedeutung der Kiefer-Lippen-und Gesichtsspalten, par ALBRECHT** (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 22, *p.* 350, 2 *juin* 1884).

II. — **Zur Morphologie der Hasenscharte, par KÖLLIKER** (*Ibidem*, *n°* 18, *p.* 294, 4 *mai* 1885).

I. — On sait qu'Albrecht (*R. S. M.* XVII, 2 et 443) est un adversaire de la théorie de Gœthe, d'après laquelle les becs de lièvre siègent entre l'os incisif et le maxillaire supérieur. Pour lui, il existerait de chaque côté deux os incisifs et c'est entre eux que le bec-de-lièvre apparaîtrait. La chose est manifeste sur le crâne d'un cheval : comme la suture incisive y persiste, la fissure s'observe sur l'incisif. Ce fait va à l'encontre de l'opinion de Th. Kölliker qui nie la coexistence d'une suture incisive et d'un bec-de-lièvre.

Lorsqu'on examine des enfants atteints de bec-de-lièvre double, on voit sur chaque maxillaire supérieur quatre alvéoles correspondant aux deux premières molaires, à la canine et à l'incisive *précanine* d'Albrecht. Dans le tubercule même, on trouve soit deux, soit quatre incisives. Ce dernier cas est un phénomène d'atavisme qu'on note aussi dans la dentition de lait des léporides, mais qui disparaît à la seconde dentition, par chute de l'incisive. Normalement, chez l'homme, cette deuxième incisive ne se développe plus, tandis que la première et la troisième (dites 1re et 2e) continuant à se développer, c'est dans leur intervalle, c'est-à-dire sur l'incisif lui-même que se trouve la division anormale.

Les divisions congénitales de la lèvre et de la face s'expliquent de la façon suivante :

Quand la face se développe normalement, il y a réunion des deux apophyses nasales externes et internes avec les deux apophyses du maxillaire supérieur. Lorsque la réunion des apophyses nasales externe et interne ne s'effectue pas, on a une division de la lèvre ; lorsque la réunion du maxillaire supérieur et de l'apophyse nasale externe manque, on a une division oblique de la face, une fente stomato-orbitaire.

Dans la discussion, von Langenbeck remarque que déjà Leukhardt avait constaté l'existence de quatre alvéoles dans l'os incisif. Mais il doute que les conditions exposées par Albrecht se retrouvent dans tous les cas de bec-de-lièvre.

Kölliker, se fondant sur l'examen d'une cinquantaine de becs-de-lièvre, maintient son opinion sur l'existence de deux os incisifs seulement et sur le siège du bec-de-lièvre entre le maxillaire supérieur et l'incisif. A quoi Albrecht réplique qu'il ne connaît aucun fait de bec-de-lièvre où l'on ait vu une canine aux côtés de la fissure et que, à l'état normal chez l'ornithorynque, on aperçoit au-dessous de la muqueuse un bec-de-lièvre sur lequel on peut constater la séparation de l'os intermaxillaire externe et de l'os intermaxillaire interne.

II. — Kölliker continue à soutenir que c'est seulement dans les cas exceptionnels de bifidité de l'os incisif qu'on peut, dans le bec-de-lièvre, trouver la fissure maxillaire sur l'os incisif lui-même.

Le bec-de-lièvre provient de la non-réunion entre l'apophyse nasale interne de l'apophyse frontale et les apophyses maxillaires supérieures. L'absence de réunion entre les apophyses nasales interne et externe donne lieu aux narines fendues; enfin le défaut de réunion entre les apophyses nasales d'un côté et les apophyses maxillaires supérieures du côté opposé entraîne la division oblique de la face. J. B.

Des amputations sous-périostées, par NICAISE (*Rev. de chir.*, *décembre* 1884).

D'après l'auteur la méthode que l'on doit préférer est celle qui conserve une longue manchette de périoste, qui vient former une sorte de capuchon sur l'extrémité de l'os. Les observations cliniques et anatomiques permettent de reconnaître à ce procédé les avantages suivants, que signale Nicaise.

L'os est en rapport immédiat avec le tissu, qui, physiologiquement, est le mieux fait pour lui.

La nutrition de l'extrémité osseuse est assurée ; la réunion par première intention sur l'os est plus certaine et plus rapide, et si quelque inflammation légère survient dans le moignon, on peut espérer que le périoste protégera l'os et le canal médullaire.

On peut croire aussi que par cette pratique on atténue et on retarde l'atrophie conique des os, que l'on observe habituellement dans les moignons.

Enfin l'os étant recouvert par le périoste et les muscles qui adhèrent à la face externe de celui-ci, il ne contractera aucune adhérence avec la cicatrice, et l'on aura un moignon souple, non douloureux, à cicatrice mobile; moignon plus utile et qui rendra plus de services au malade que dans les conditions inverses.

Quant aux ostéophytes, que l'on a signalés comme inconvénient, il est possible de prévenir leur développement en apportant le plus grand soin à tous les temps de l'opération et aux pansements consécutifs. OZENNE.

Mal perforant palmaire, par TERRILLON (*Bull. Soc. Chir*, *p.* 155 *et* 249, 1885).

Au moment où il émit, peu après Duplay, la théorie nerveuse relative au mal perforant, Poncet indiqua que ce mal se rencontrait très fréquemment aussi à la région palmaire. Ces troubles trophiques de la main, liés à des altérations du système nerveux, ont été de plus, en 1883 (Voy. *R. S. M.*, XXVI, 173), l'objet d'un travail fort intéressant de Morvan *sur la parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures*.

Le cas, rapporté aujourd'hui par Terrillon, offre cet intérêt que l'auteur ayant pratiqué l'ablation de la partie lésée a pu la soumettre à l'examen microscopique, et que l'histologie y a retrouvé les mêmes caractères que ceux du mal perforant tel qu'il est décrit par Cornil et Ranvier : épaississement considérable de l'épithélium ; augmentation du volume des papilles dermiques ; exagération de l'épaisseur du derme.

Le mal siégeait à la paume de la main, au niveau du sillon de flexion de l'annulaire. JULLIEN.

Exostose éburnée du frontal remplissant la cavité orbitaire ; ablation avec la gouge et le maillet, guérison avec conservation de l'œil et de la vue, par BADAL (*Bulletin Soc. Chir., p.* 603, 1884).

Le malade avait 24 ans, et la tumeur datait de 2 ans ; rapportée à la variété des exostoses dites ostéogéniques, elle mesurait 7 centimètres dans son diamètre antéro-postérieure, 3 1/2 en hauteur, 6 en largeur, et présentait de multiples prolongements vers les cellules ethmoïdales, la fente sphénoïdale, la fente sphéno-maxillaire et la paroi orbitaire supérieure sur laquelle elle s'implantait par un pédicule assez large. Opération très laborieuse en raison de la dureté extrême de la masse osseuse ; quand après une heure et demie de travail avec la gouge et le maillet, Badal eut enfin rompu le pédicule, il put constater un large trou au plafond de l'orbite et toucher le cerveau à nu. Cependant l'œil fut remis en place et la guérison se fit si complète que la diplopie et le larmoiement même disparurent.

C'est là un très heureux résultat et qui vient à l'encontre des statistiques de Berlin, qui conseillent l'abstention dans ces cas-là.

L. JULLIEN.

I. — Tumor der Milz; Splénotomie, par V. HACKER (*Soc. des méd. de Vienne*, 28 *mars* 1884).

II. — Tumeur hypertrophique de la rate. Splénotomie. Mort par hémorragie, par TERRIER (*Rev. de chir., n°* 10, *octobre* 1884).

I. — Billroth a pratiqué le 20 mars l'extirpation de la rate chez une femme de 43 ans.

La tuméfaction de l'organe s'était manifestée pour la première fois dix ans avant l'opération ; depuis deux ans elle avait fait des progrès très rapides ; depuis quelques mois la rate, devenue mobile, déterminait de vives douleurs. Aussi la splénotomie était-elle formellement indiquée.

Billroth incise la ligne blanche, détache les adhérences de la face concave avec l'intestin, incise l'épiploon gastro-splénique, lie l'artère et la veine et détache enfin la queue du pancréas accolée à la tumeur. Celle-ci étant extirpée, la toilette du péritoine est effectuée; suture des parois abdominales. La malade, plongée d'abord dans le collapsus, reprend ses forces le lendemain.

La tumeur, haute de 25 centimètres, large de 18, lisse sur sa face convexe, bosselée sur l'autre, est un lympho-sarcome de la rate. Jusqu'ici la splénotomie n'avait pas été pratiquée pour des néoplasmes, mais seulement pour des kystes et des hypertrophies. L. GALLIARD.

II. — Femme de 43 ans. Bonne santé antérieure ; peu d'antécédents paludéens. Depuis trois ans, amaigrissement, anémie accentuée, tension douloureuse dans la moitié gauche du ventre, sans hémorragies autres que des ecchymoses sous-conjonctivales intermittentes. En décembre 1880, on constate l'existence d'une hypertrophie splénique, occupant toute la moitié gauche de la cavité abdominale : le foie et les autres organes sont intacts. Léger degré de leucocythémie. La malade est soumise successivement au sulfate de quinine, au sirop de Gibert, aux toniques et aux douches froides, qui ne procurent qu'une amélioration momentanée.

En décembre 1881, on constate un état général plus mauvais, l'augmentation de la tumeur et, en même temps que la diminution des globules rouges, une proportion plus grande de globules blancs.

Le 13 décembre 1881, ablation de la tumeur : développement vasculaire énorme ; durée de l'opération 1 heure 1/4. Dans les heures qui suivirent,

écoulement de sang par les lèvres de la plaie abdominale ; douleurs et oppression dans la journée ; refroidissement et mort dans la nuit.

L'autopsie démontre la présence de collections sanguines et séro-sanguines dans l'excavation pelvienne, la fosse iliaque, le flanc et l'hypocondre gauches, l'arrière-cavité des épiploons. Des ecchymoses sous-péritonéales et sous-pleurales existent en grande quantité. Lésions de néphrite interstitielle.

D'après l'auteur, l'issue funeste de l'opération doit être attribuée à la leucocythémie. OZENNE.

Infection purulente d'origine puerpérale chez l'homme, guérison, par E. GAUCHER et A. BOURSIER (*Revue de médecine*, 10 *septembre* 1884).

Il s'agit d'un homme qui, après avoir soigné sa femme, morte de fièvre puerpérale, fut atteint d'une maladie infectieuse caractérisée par des frissons, de la fièvre, de l'albuminurie, de la tuméfaction du foie et de l'ictère hémaphéique, de la tuméfaction de la rate, de la congestion pulmonaire, des inflammations angéioleucitiques suppurées multiples. Chez cet homme, on ne trouva aucune autre cause d'infection que la contagion à laquelle il avait été exposé en soignant sa femme atteinte d'accidents puerpéraux ; de là la légitimité du titre donné à cette observation. C. GIRAUDEAU.

I. — Die Tuberculose der Sehnenscheiden (La tuberculose des gaines tendineuses) par A. BEGER, de Hambourg (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XXI, Heft* 3 *et* 4, *p.* 33).

II. — Nature tuberculeuse des hygromas et des synovites tendineuses à grains riziformes, par NICAISE, POULET et VAILLARD (*Rev. de chir., août* 1885).

III. — De l'influence de l'intervention opératoire sur le développement et la marche de la tuberculose pulmonaire, par M.-J. SCHURRER (*Thèse de Nancy*, 1884).

IV. — Ueber Behandlung chronischer Gelenkentzündungen an der unteren Extremität mit und ohne Resection mit speciellen Berücksichtigung der definitiven Endresultate (Sur le traitement de l'inflammation chronique des articulations du membre inférieur avec et sans résection, et en particulier des résultats définitifs du traitement), par F. CAUMONT (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XX, Heft* 3 *et* 4, *p.* 138).

V. — Ueber zuwartende und thätig eingreinfende Behandlungsweisen der Gelenktuberculose (Sur les méthodes de traitement actives et expectatives de la tuberculose articulaire), par A. BIDDER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XXI, Heft* 1 *et* 2, *p.* 80).

VI. — Des opérations conservatrices dans la tuberculose articulaire, par L. OLLIER (*Rev. de Chir., mars* 1885).

I. — La tuberculose des gaines tendineuses a été peu décrite encore, en Allemagne du moins. L'auteur en cite un certain nombre de faits nouveaux. En s'appuyant sur eux et sur ceux déjà connus, il établit que la tuberculose des gaines tendineuses peut être primitive ou secondaire, que dans la forme primitive elle est tantôt aiguë, tantôt chronique, et que dans les deux cas elle peut suppurer ou non. La forme secondaire est tantôt suppurative, et tantôt ne l'est pas. Les gaines des doigts sont de préférence atteintes de tuberculose primitive, tandis que les gaines des exten-

seurs des pieds et des péroniers sont le siège de prédilection de la tuberculose secondaire, ce qui peut s'expliquer par leurs rapports immédiats avec les os du tarse souvent atteints de tuberculose. Enfin des individus tout à fait bien portants peuvent être atteints de cette maladie.

Quand la lésion est localisée et que le tendon est intact, l'ablation complète de la tumeur tuberculeuse donne peu de chance à la récidive. Il n'en est plus de même quand la peau est perforée, quand une large gaine tendineuse est envahie. Dans ces cas, l'intervention chirurgicale expose à autant de déboires que dans n'importe quelle autre tuberculose. Deux fois, dans les cas cités, on a été forcé de recourir à l'amputation du membre. EDLMANN.

II. — Dans ce mémoire sont publiées cinq observations d'hygromas et de synovites tendineuses à grains riziformes, dont l'examen histologique a démontré la nature tuberculeuse. Bien que le fait eût déjà été soupçonné par quelques auteurs, la démonstration n'en avait pas encore été donnée.

Après avoir exposé en détail et les caractères cliniques de chacun de ces cas et les données histologiques qui résultent particulièrement de l'examen des grains riziformes, les auteurs regardent comme légitime de conclure que les kystes à grains riziformes, dans les faits présentés, sont bien réellement la manifestation d'un processus tuberculeux évoluant au niveau de bourses séreuses normales ou accidentelles. Peut-être même pourrait-on avancer, sans l'affirmer d'une façon absolue, faute de faits nombreux, que la synovite à grains riziformes n'est qu'une simple variété de la synovite tuberculeuse. OZENNE.

III. — On doit détruire, avant toute détérioration de l'organisme, l'affection tuberculeuse chirurgicale qui ne présente pas de tendance à la guérison.

La tuberculose pulmonaire consécutive à l'opération, dans la grande majorité des cas, ne peut être attribuée ni à l'auto-inoculation chirurgicale, ni au traumatisme opératoire, ni à l'ablation d'un émonctoire salutaire. Souvent elle paraît être une simple coïncidence; dans certains cas, on peut incriminer les complications et les conditions générales mauvaises qui surviennent à la suite de l'opération.

Chez un phtisique, la soustraction d'une cause d'épuisement peut produire souvent une amélioration et quelquefois une guérison des lésions pulmonaires.

Telles sont quelques-unes des conclusions de Schurrer, basées sur l'étude de 300 observations résumées et sur l'interprétation de statistiques comprenant près de 2,000 opérés. P. PARISOT.

IV. — Ce travail est fait d'après les observations personnelles de l'auteur; il a pu, dans la plupart des cas, suivre les malades, opérés ou non, longtemps après leur sortie de l'hôpital et se convaincre ainsi *de visu* de l'état de leur membre. Sur 129 cas d'arthrite chronique de la hanche la résection a été pratiquée 44 fois; 35 fois sur les genoux sur 130 cas et 9 fois sur 22 cas pour le pied. L'auteur insiste sur les avantages que présente la résection faite à temps, même dans les cas où pour la hanche, par exemple, il n'existe pas de suppuration de l'article, mais où, d'après tous les symptômes, il est légitime d'admettre l'existence d'une arthrite fongueuse. Les résultats sont excellents surtout

quand on enlève toutes les parties malades et surtout quand on opère sur des sujets jeunes. C'est dans ces cas que l'on obtient le moins de mortalité, le moins de raccourcissement et une marche relativement aisée.

En somme, la résection donne des résulats au moins aussi bons, sinon meilleurs, que l'expectation, le traitement par l'extension forcée ou continue et les appareils inamovibles; mais il faut opérer à temps et enlever largement toutes les parties osseuses malades. EDELMANN.

V. — L'invention de l'appareil d'Esmarch, le pansement antiseptique de Lister et enfin la découverte des bacilles de la tuberculose par Koch ont profondément modifié les bases du traitement de la tuberculose articulaire. Autrefois le traitement était purement expectant, on traitait les symptômes et enfin on recourait à l'amputation comme moyen ultime. On a eu recours depuis à d'autres méthodes et cependant, dit l'auteur, les résultats obtenus par tous les traitements ne sont, en somme, pas brillants; on obtient bien des guérisons temporaires, mais il faut toujours s'attendre à des récidives ou à une généralisation du tubercule.

L'auteur insiste surtout sur ce fait, qu'en général, le tubercule ne prospère que sur un mauvais terrain, qu'il faut donc toujours et avant tout instituer un traitement général et ensuite évacuer et vider entièrement les foyers tuberculeux péri ou intra-articulaires. C'est d'après ces principes et d'après les résultats de ses observations qu'il pose les conclusions suivantes :

1° Dans la tuberculose articulaire, le traitement par l'expectation n'est pas indiqué (révulsifs, bandages inamovibles, etc.);

2° Un traitement actif est absolument nécessaire. En premier lieu, un traitement général sérieux et prolongé : alimentation réparatrice, riche en graisse, en albumine : usage prolongé de chlorure de sodium et de benzoate de soude, vie au grand air, bains salés.

Elimination de tous les foyers tuberculeux péri ou intra-articulaires par l'évidement, le raclage, l'ignipuncture et enfin par la résection. A son avis, pour pratiquer la résection, il faut ouvrir largement l'article en taillant un lambeau et après cela agir sur la plaie à l'aide d'agents capables de détruire les produits tuberculeux qui pourraient y rester. La réunion par première intention serait illusoire pour lui dans ces opérations et il ne faudrait pas y compter. EDELMANN.

VI. — Dans ce mémoire l'auteur traite de l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose articulaire, et en particulier de quelques opérations conservatrices, l'arthrotomie, l'évidement et la résection. Voici les conclusions de ce travail :

Les ostéo-arthrites chroniques, groupées aujourd'hui sous le nom de tuberculose articulaire, présentent de nombreuses variétés cliniques qui réclament un traitement différent. Les unes sont curables par l'abrasion ou la destruction sur place des produits tuberculeux, sans sacrifice des parties osseuses saines qui les entourent; les autres demandent l'ablation de l'extrémité osseuse, qui est le siège du mal, c'est-à-dire une résection typique, les autres enfin doivent être traitées par l'amputation du membre.

Quelque démontrée que soit aujourd'hui la nature infectieuse de la tuberculose, on observe sur l'homme des tuberculoses locales ou qui paraissent telles, parce qu'elles restent indéfiniment confinées dans leur

siège primitif et qu'elles ont peu de tendance à se généraliser. Toutes les caries articulaires ne sont pas tuberculeuses; mais la plupart se rattachent à cette affection. La marche de la tuberculose est très variable selon les sujets. La question de terrain, c'est-à-dire de constitution individuelle, a une très grande importance, un même germe se développant ou avortant selon son milieu de culture.

C'est dans les tuberculoses locales, et dans toutes les lésions suppuratives circonscrites, quelle qu'en soit la cause, que les opérations conservatrices des membres et les opérations économiques du tissu osseux sont particulièrement indiquées. On se guidera d'après l'étendue et le siège des lésions pour le choix de l'opération, en ayant pour but d'enlever aussi complètement que possible un foyer, qui peut devenir, d'un moment à l'autre, le point de départ d'infection secondaire, par la migration de nouvelles colonies bacillaires ou d'autres germes infectieux.

La guérison spontanée de la tuberculose osseuse et articulaire s'observe souvent dans l'enfance et l'adolescence; elle s'opère par élimination ou par transformation des produits morbides. Chez l'adulte, la guérison spontanée des ostéo-arthrites tuberculeuses est beaucoup plus rare; les lésions viscérales coexistantes sont plus fréquentes et la généralisation plus menaçante.

C'est dans l'enfance et la jeunesse que les diverses opérations conservatrices sont particulièrement indiquées; chez l'enfant on pratiquera, de préférence aux résections typiques, les opérations qui ne peuvent pas nuire à l'accroissement des os par le cartilage de conjugaison. Les amputations seront le plus souvent nécessaires dans l'âge mûr et la vieillesse; mais il y a de grandes différences dans les indications, selon le genre de l'articulation et la marche clinique de la tuberculose.

L'idée d'enlever le moins possible doit toujours guider le chirurgien; mais, appliquée à la généralité des lésions tuberculeuses, cette idée conduirait aux plus déplorables erreurs thérapeutiques. Parmi les opérations conservatrices, l'arthrotomie, l'abrasion, l'évidement, la tunnellisation des os, qui donnent chez l'enfant de si bons résultats, ne doivent être entrepris chez l'adulte qu'avec la plus grande réserve. Lorsqu'il s'agit de lésions manifestement tuberculeuses, il faut enlever toute l'extrémité osseuse pour obtenir une guérison plus rapide et plus complète.

Malgré l'antisepsie, les opérations économiques du tissu osseux sont plus graves dans les grandes articulations que les résections typiques, et elles sont moins efficaces. Incertaines dans leurs résultats à cause de la diffusion possible des foyers tuberculeux, elles laissent toujours des craintes de récidive locale. Elles exposent à la généralisation de la tuberculose, non seulement plus que l'amputation, mais plus que la résection typique qui enlève le siège habituel des foyers tuberculeux et en dépasse les limites.

La règle d'enlever tous les produits tuberculeux n'implique pas l'ablation des tissus qui les supportent et qui ne présentent que les lésions de l'inflammation chronique. En enlevant la totalité des tissus fibreux articulaires, on obtient par la résection des résultats orthopédiques et fonctionnels très défectueux. Il faut conserver ces tissus et les modifier ultérieurement s'ils deviennent fongueux. Il ne faut pas chercher la

réunion immédiate du foyer de la résection dans les cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse, il faut se réserver une voie pour modifier ou détruire les granulations fongueuses, qui peuvent s'y réformer.

L'amputation est, sans aucun doute, l'opération qui met le plus sûrement à l'abri des infections secondaires; mais elle ne peut passer pour une opération radicale, à cause de la persistance des ganglions profonds et inaccessibles qui sont toujours plus ou moins envahis dans les lésions anciennes. Elle est particulièrement indiquée dans les ostéo-arthrites du membre inférieur; car il importe de soustraire au plus tôt le malade aux altérations de nutrition amenées par le séjour au lit et l'inaction prolongée.

Quand une résection articulaire a été suivie d'une guérison locale, complète et permanente, et qu'un tissu cicatriciel stable a remplacé le tissu fongueux, le malade n'est pas plus exposé qu'après l'amputation à l'invasion des organes internes. Cette permanence de la guérison locale, pendant que les organes internes peuvent être envahis, est le grand argument en faveur de la résection. Le malade a conservé son membre, en se trouvant dans des conditions aussi favorables qu'après une amputation au point de vue de l'infection secondaire. (Voy. *R. S. M.*, XXIII, 710.)

OZENNE.

I. — Matériaux pour la chirurgie de la cavité abdominale, par SKLIFOSSOWSKI (*Vratch*, n° 33, 1884).

II. — Ueber desmoïde Geschwülste der Bauchwand und deren Operation mit Resection des Peritoneum parietale (Les tumeurs desmoïdes de la paroi abdominale : de l'ablation de ces tumeurs avec résection du péritoine pariétal), par N. SÄNGER (*Archiv für Gynækologie, Band XXIV, Heft* 1).

III. — Zur Casuistik der bindegewebigen Neubildungen der Bauchdecken (Tumeur fibreuse de la paroi abdominale), par BRUNTZEL (*Deustche med. Woch.*, n° 15, 1884).

I. — En 1877, en extirpant un sarcome de la paroi abdominale antérieure, Sklifossowski fut obligé d'enlever toute la moitié droite de cette paroi avec le feuillet pariétal du péritoine. En 1881, Sklifossowski fit la même opération dans un autre cas de tumeur maligne abdominale et excisa cette fois toute la moitié gauche de la paroi antérieure de l'abdomen, aussi avec le feuillet pariétal du péritoine. Pour juger du mécanisme de la guérison après l'ablation de la paroi abdominale, Sklifossowski entreprit une série d'expériences sur des chiens, qui montrèrent que la guérison se fait par l'adhérence du grand épiploon à la surface de la plaie. Cette adhérence, en empêchant le contact immédiat de la plaie avec les intestins, garantit à ces derniers la liberté de leurs mouvements péristaltiques.

Il est fort probable que l'ablation de la paroi abdominale chez l'homme est suivie des mêmes changements anatomo-pathologiques que chez les chiens, car chez les deux malades de Sklifossowski, il n'y avait aucun trouble dans les fonctions de l'intestin après l'opération. Les deux malades emploient un appareil contentif pour prévenir une éventration. Avec cela elles se portent bien, peuvent marcher et aller en voiture.

De ces deux observations cliniques et de ses expériences sur les chiens, Sklifossowski déduit les conclusions suivantes ;

1° Dans les cas de tumeur maligne de la paroi abdominale antérieure on peut enlever la moitié de cette dernière avec le feuillet pariétal du péritoine sans danger immédiat pour la vie du malade.

2° L'ablation de la moitié de la paroi abdominale antérieure ne provoque pas de troubles dans les organes de la digestion, de la respiration et de la circulation, si les malades, immédiatement après la guérison de la plaie opératoire, commencent à porter sur l'abdomen un appareil de contention.

3° L'extirpation des tumeurs malignes de la paroi abdominale antérieure avec une partie de cette dernière et du feuillet pariétal du péritoine semble garantir mieux contre la récidive que la simple extirpation du néoplasme avec conservation des muscles de l'abdomen et du péritoine pariétal. W. HOLSTEIN.

II.— L'auteur étudie spécialement les trois points suivants de l'histoire des tumeurs fibreuses de la paroi abdominale :

1° Quelle doit être la conduite de l'opérateur, lorsque la tumeur ne peut être isolée du péritoine, et que son ablation entraîne forcément la résection d'une portion plus ou moins considérable du péritoine pariétal et des muscles abdominaux?

L'obligation de réunir exactement les lambeaux péritonéaux, de manière à ce que la cavité abdominale soit entièrement tapissée par le péritoine, avait été considérée jusqu'à ce jour comme une nécessité absolue. Mais les observations d'Esmarch et de Sklifossowski sont venues récemment démontrer qu'il n'est pas nécessaire de rétablir la continuité de la séreuse pariétale dans les opérations abdominales. L'observation publiée par l'auteur dans cet article en est une nouvelle preuve. Le point de départ de la tumeur était la ligne blanche et la partie postérieure de la gaine du muscle droit de l'abdomen ; l'enveloppe de la tumeur ne pouvait être isolée du péritoine. L'auteur dut enlever avec la tumeur une large portion de péritoine pariétal et un lambeau de la paroi musculaire; de sorte que, l'opération terminée, la face profonde du derme se trouvait directement en contact avec les viscères abdominaux, et la peau formait à elle seule la paroi abdominale au niveau du siège de la tumeur. La tumeur pesait 760 grammes; examinée au microscope, elle était de nature fibrillaire, renfermant par place des amas de jeunes cellules fusiformes qui rappelaient les fibres musculaires lisses. La convalescence dura un mois. La malade fut renvoyée parfaitement guérie, munie d'un bandage de corps.

2° Quels rapports s'établissent entre la face postérieure du derme privée de péritoine pariétal et les viscères abdominaux?

A défaut d'observations cliniques, l'auteur a essayé de résoudre la question par des expériences. Des deux opérations pratiquées par lui sur des lapins, une seule a réussi; le premier sujet est mort le lendemain de l'opération. L'autopsie du second sujet, pratiquée 25 jours après l'opération, montre qu'il ne se forme pas d'endothélium au niveau de la perte de substance péritonéale, et que le revêtement séreux des anses intestinales ne suffit pas à les protéger de la formation d'adhérences avec la face profonde de la peau abdominale; mais ces adhérences peuvent

exister, d'après l'auteur, sans qu'il en résulte d'inconvénients au point de vue des fonctions intestinales, et elles ne constituent pas par conséquent une contre-indication.

3° Au point de vue étiologique, l'auteur constate que la grande majorité des tumeurs des parois abdominales sont de nature fibreuse : la présence du tissu musculaire ou sarcomateux est une exception. La théorie d'Herzog, qui considère ces tumeurs comme le produit d'hématomes musculaires, n'est fondée sur aucune observation concluante. Si l'on considère que les tumeurs des parois abdominales ne sont jamais complètement libres entre deux aponévroses, mais que l'on trouve toujours une aponévrose qui se perd directement dans la tumeur, si l'on tient compte de la constitution de ces tumeurs, qui est précisément celle du tissu des aponévroses, il est bien difficile de contester leur origine aponévrotique. Des 73 cas qui ont été publiés, 41 fois le point de départ est indiqué ; 30 fois ce point de départ est dans les fascias aponévrotiques. H. DE BRINON.

III.— Une femme de 28 ans, ayant eu deux enfants, s'aperçoit au commencement de l'année 1883 d'une tumeur indolente qui se développe au côté gauche de l'abdomen et qui, au mois de juin, atteint le volume du poing. Au mois d'août, l'auteur constate qu'elle a atteint la dimension d'une tête d'enfant et occupe presque tout le côté gauche de l'abdomen. Elle est dure et résistante, et malgré l'épaisseur de la couche graisseuse, on peut se convaincre qu'elle siège dans la paroi même. Pas de lésion viscérale appréciable.

La malade ne s'étant pas décidée immédiatement à l'opération que lui propose l'auteur, on attend jusqu'au 25 octobre. A ce moment la tumeur égale une tête d'adulte et détermine une gêne considérable.

Incision parallèle à la ligne blanche à gauche sur une longueur de 25 centimètres. La tumeur a pour point de départ le feuillet profond de la gaine du muscle grand droit. En la disséquant, on ouvre une certaine quantité de rameaux artériels qu'il faut lier. La tumeur est difficile à détacher du péritoine, qui dans la région ombilicale se déchire sur une étendue de 8 centimètres. Le chirurgien se hâte de suturer cette déchirure. Il éprouve aussi une certaine difficulté à isoler la masse fibreuse des côtes sur lesquelles elle repose. Suture, drainage de la plaie. Lavages phéniqués et pansement à l'iodoforme. L'opération a duré deux heures.

La tumeur pèse 5 livres ; elle a 26 centimètres de long, 18 de large. C'est un pur fibrome.

Sécrétions abondantes nécessitant un pansement quotidien. Pas de fièvre. Pas de péritonite. Le 12 novembre l'opérée sort guérie. L. GALLIARD.

OPHTALMOLOGIE.

De l'amplitude de convergence, par Mlle ELLABY (*Thèse de Paris*, 1884).

Cette thèse, très intéressante, a été faite sous l'inspiration de Landolt. L'auteur part de la définition de la convergence, qu'il considère comme la coopération des forces musculaires des deux yeux dans l'intérêt de la vision binoculaire. Pour arriver à établir l'amplitude moyenne,

il se sert de l'angle métrique de Nagel, dont l'étude est faite avec beaucoup de soin. Puis Mlle Ellaby montre l'influence réciproque de l'accommodation et de la convergence. C'est par des procédés tout à fait analogues que l'on peut établir la convergence au moyen de l'ophtalmo-dynamomètre de Landolt ou des prismes. Mais ici il faut tenir compte d'une force de convergence en réserve beaucoup plus grande que pour l'accommodation, de telle sorte que si l'on emploie 1 de force de convergence pour le travail ordinaire, il faut 2 de force de convergence en réserve.

Mlle Ellaby a réuni 172 observations. Il ressort des tableaux d'observations que l'amplitude de convergence est très variable suivant le sujet, et même chez un sujet d'un moment à l'autre. A l'état normal cependant, elle est plus forte chez l'hypermétrope que chez l'emmétrope, plus faible au contraire dans l'anisométropie et la myopie. L'étude de l'amplitude de la convergence est très utile pour révéler des insuffisances musculaires encore latentes; elle est encore très utile dans le strabisme. F. L.

Contribution à l'étude des affections oculaires dans les troubles de la menstruation, par OURSEL (*Thèse de Paris, n°* 115, 5 *février* 1885).

Les troubles menstruels, en particulier l'aménorrhée et la dysménorrhée, peuvent être la cause principale de certaines affections oculaires. Tous ou presque tous les milieux et les membranes de l'œil peuvent être atteints ; l'auteur a réuni un certain nombre d'observations, de kératites, d'iritis, de choroïdites et même de lésions du nerf optique, enfin d'hémorragies du corps vitré, qui coïncidaient avec des règles difficiles; au moment de l'époque cataméniale, il y avait apparition ou recrudescence de la maladie oculaire. D'où la nécessité de traiter surtout l'état général.

F. L.

Des lésions oculaires dans le goitre exophtalmique, par PEDRONO (*Thèse de Paris, n°* 150, 11 *avril* 1885).

Avec son maître, Dianoux, l'auteur pense que les troubles oculaires sont plus fréquents qu'on ne le croit. Sur 14 cas, il a noté 11 fois la diminution de l'acuité visuelle; il existe aussi des asthénopies accommodatives, des lésions du nerf optique dues à son élongation et rappelant l'atrophie : depuis longtemps on connaît les kératites graves neuro-paralytiques. Les muscles moteurs eux-mêmes peuvent être gênés, et on aura de la douleur, de la diplopie et même du strabisme persistant. Quant aux vices de réfraction, on avait toujours cru à l'existence de l'hypermétropie, mais on a signalé deux faits de développement de la myopie dans le cours de la maladie de Basedow (Panas). F. DE LAPERSONNE.

Anophthalmus congenitus mit Cystenbildung unter dem Unterlide, par v. REUSS (*Soc. des méd. de Vienne,* 23 *janvier* 1885).

L'auteur observe chez un enfant de trois mois l'anophtalmie congénitale à gauche avec un kyste situé sous la paupière inférieure. Ce kyste est bleuâtre, transparent, gros comme une petite prune, rempli de liquide clair. La peau se plisse facilement à sa surface, et celle-ci est divisée par une bride verticale. Quand on écarte les paupières on voit au fond de l'orbite, qui est vide,

un corps rond et dur, gros comme un pois : c'est le rudiment de bulbe oculaire.

Si l'on admet l'opinion de Manz, il faut considérer le kyste palpébral comme la cause de l'anophtalmie. L. GALLIARD.

Zur Kenntniss der Orbitaltumoren, par KUNDRAT (*Wien. med. Jahrb., Heft IV, p.* 543, 1883).

L'auteur a fait l'autopsie d'un sujet de 23 ans, atteint de tumeur de l'orbite à l'âge de 11 ans, et opéré trois fois par Billroth. Cette tumeur siégeait à l'angle interne et supérieur de l'orbite, près de la racine du nez ; extirpée en 1872, elle récidiva en 1879, puis en 1883; le sujet succomba à la suite de la troisième exérèse.

Toute la voûte osseuse de l'orbite droit a disparu ; on ne voit plus là que des vestiges de la tumeur et la dure-mère fortement tendue. La tumeur envahit la totalité de la narine droite et le sinus frontal du même côté. L'ethmoïde est détruit. Les lobes frontaux sont augmentés de volume ; à la coupe, on voit qu'ils sont creusés d'une vaste cavité dans laquelle ont pénétré les masses polypeuses du néoplasme après perforation de la lame criblée de l'ethmoïde et destruction partielle des méninges.

La structure de cette tumeur est fort compliquée. Elle offre l'aspect d'un polype muqueux, mais en réalité elle contient un système de fines lamelles osseuses disposées concentriquement sur certains points et formant de véritables nodules ostéoïdes, ou bien constituant la charpente de petites cavités kystiques dont les parois sont recouvertes d'une muqueuse à épithélium vibratile.

Ces particularités distinguent la tumeur des ostéomes kystiques vulgaires ; il faut remarquer l'envahissement fort insolite de la substance cérébrale ; le point de départ du néoplasme est certainement l'ethmoïde.

L'auteur n'a trouvé qu'une seule tumeur analogue , décrite par Virchow ; et encore celle-ci contenait presque essentiellement du tissu osseux, tandis que là il y a quelques-uns des caractères du myxome.

On doit considérer ces tumeurs comme résultant du développement de productions congénitales. L. GALLIARD.

Zur Behandlung der Conjunctivitis crouposa et diphtherica, par W. KROLL (*Berliner klinische Wochens., n°* 23, *p.* 355, 9 *juin* 1884).

Alfred Graefe (*Volkmann's Samml. klin. Vortraege*) a préconisé le traitement caustique et antiseptique des conjonctivites inflammatoires, au moyen de lavages avec une solution phéniquée à 1 1/2 ou 2 0/0, après qu'on a débarrassé la muqueuse de ses fausses membranes.

Kroll, à son grand regret, a essayé cette médication chez une fillette de 2 ans 1/2, atteinte de diphtérie conjonctivale du côté droit. Toutes les deux heures, il fit tomber dans l'œil, à l'aide d'une compresse, la solution phéniquée à 1 1/2 0/0.

Sous l'influence de ce traitement, la cornée fut bientôt envahie ; il s'y forma un ulcère serpigineux qui amena la destruction complète de la membrane transparente.

Ce n'est pas le seul fait semblable qu'il ait vu. A la suite de cette médication, la conjonctive et la cornée présentent un aspect grisâtre, macéré, analogue à celui des mains quand on a manié quelques heures de suite une liqueur phéniquée.

Au contraire, Kroll a eu à se louer dans les mêmes circonstances de l'emploi de l'eau de chaux. Chez un enfant de 3 ans affecté de conjonctivite diphtéritique double, il a même pu comparer l'effet des deux médicaments et renoncé bientôt à l'acide phénique devant son infériorité manifeste.

Toutefois, l'eau de chaux est contre-indiquée lorsqu'il existe une desquamation ou des ulcérations de la cornée, car elle donne alors lieu à des incrustations de carbonate calcaire (*R. S. M.*, II, 412; IV, 268; VII, 713.) J. B.

Experimentelle Untersuchungen über centrale Keratitis, par P. ORTMANN (*Kœnigsberg,* 1884, *et Berlin. klin. Woch., p.* 360, 1884).

Pour combattre la doctrine de ceux qui font dériver les globules du pus de la prolifération des cellules du tissu conjonctif, Ortmann a institué l'expérience suivante :

Malgré qu'il inocule le centre de la cornée avec des microcoques septiques, jamais il ne provoque de kératite s'il a soin, aussitôt après l'inoculation, de faire une irrigation continue de la cornée avec une solution chlorurée sodique à 0,75 0/0, maintenue à la température du corps et qui a pour effet d'empêcher le passage des leucocytes provenant des sécrétions conjonctivales dans le district infecté de la cornée.

Sur ce dernier on voit se développer des champignons, mais aucun globule de pus.

Au contraire, sur les yeux inoculés de la même façon, mais non soumis à l'irrigation saline, au bout du même espace de temps, on constate toujours une infiltration purulente, vraie, de la région centrale de la cornée qui contient les foyers cryptogamiques, sauf dans les cas exceptionnels où l'arrivée des leucocytes s'est trouvée entravée par un obstacle mécanique naturel, tel que l'oblitération de l'orifice de ponction par l'épithélium régénéré. J. B.

Angeborene Dermoïden der Cornea beider Augen, par BERGMEISTER (*Soc. des méd. de Vienne*, 12 *juin* 1884).

L'auteur observe chez une fille de 13 ans deux tumeurs congénitales symétriques siégeant à moitié sur la portion temporale de la cornée, à moitié sur le sclérotique. Elles sont elliptiques et leur grand axe est horizontal. L'une est grosse comme la moitié d'une lentille, grise, dure et stationnaire depuis la naissance. L'autre a augmenté depuis six ou sept ans ; elle constitue une tumeur grosse comme un pois, hémisphérique, jaune rouge, empêchant l'occlusion complète des paupières. Ce sont des kystes dermoïdes.

En même temps le sujet offre, comme c'est la règle dans les cas connus, des malformations congénitales : développement asymétrique des deux moitiés de la face, le côté gauche étant moins volumineux ; cicatrice en avant de l'oreille gauche, résultant de l'ablation d'un lambeau cutané qui pendait au moment de la naissance et qu'on a excisé, et correspondant à la fissure buccale de l'embryon. L. GALLIARD.

Dermoïdes de l'œil, par LARBOURET (*Thèse de Paris, n°* 203, 1885).

Les dermoïdes de l'œil peuvent occuper la cornée, la conjonctive, mais

surtout le limbe scléro-cornéen. Ils forment dans tous les cas de petites tumeurs arrondies, du volume d'une lentille, garnies de poils dans quelques cas. Leur étude anatomique fait reconnaître dans leur structure tous les éléments de la peau, même les glandes sudoripares (Vassaux): la prédominance de quelques éléments ou leur altération entraîne des transformations kystiques, lipomateuses, fibreuses, épithéliales (Parinaud). Au point de vue de la pathogénie, on peut admettre avec Van Duyse que les dermoïdes, comme les colobomes, reconnaissent pour cause des adhérences amniotiques entre le capuchon céphalique et l'extrémité céphalique de l'embryon. Après leur disparition, ces adhérences laissent une trace à leur point d'implantation sur la conjonctive ou la cornée, ce sont les dermoïdes. F. DE LAPERSONNE.

Du ptérygion et de son traitement par la méthode dite d'enroulement, par DARRIGADE (*Thèse de Paris*, n° 162, 23 *mars* 1885).

Ce procédé, employé par Galezowski, consiste, après avoir disséqué le ptérygion, à passer une anse de fil, armée de deux aiguilles au sommet du ptérygion, puis à traverser la base avec les deux aiguilles ; en serrant l'anse, le sommet du ptérygion vient s'enrouler sous sa base : le ptérygion, abandonné à lui-même, s'atrophie ; on ne touche pas à la plaie.

F. L.

Traitement du staphylome partiel et progressif. Staphylotomie, par ABADIE (*Annales d'oculistique XCIII*, 1re *et* 22e *liv.*, *p.* 5).

Les opérations pratiquées dans ces cas, même l'iridectomie, n'empêchent pas toujours les récidives, ce qui est dû aux tiraillements de la portion d'iris adhérente à la cicatrice. Pour faire cesser ces tiraillements, l'auteur sectionne la portion d'iris qui constitue la synéchie antérieure, entre son insertion ciliaire et la cicatrice staphylomateuse. Pour cela un couteau de de Graefe est introduit derrière l'iris, aux limites du staphylome, et passe dans la chambre postérieure, devenue très profonde ; la contre-ponction est faite aux limites opposées du staphylome, puis par des mouvements de va-et-vient on sectionne toute la base du staphylome, en se tenant très près du limbe scléro-cornéen. Au moment d'achever la section, on ménage un tout petit lambeau médian, comme dans la sclérotomie, de manière à ne pas avoir une ouverture trop béante.

F. DE LAPERSONNE.

I. — Die Verhütung der Augenentzündungen der Neugeborenen (**La prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés**), **par BRÖSE** (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band X, Heft* 1).

II. — Zur Verhütung der Augenentzündung Neugeborener, par G. KRUKENBERG (*Archiv für Gynækologie, Band XXII, Heft* 2).

III. — Beitrag zur Ætiologie und Prophylaxie der Ophthalmoblenorrhœa Neonatorum, par LEOPOLD et WESSEL (*Ibidem, Band XXIV, Heft* 1).

IV. — Zur Ætiologie der Ophthalmoblenorrhea Neonatorum, par KRONER (*Ibidem, Band XXV, Heft* 1).

I. — Le procédé de Credé a été strictement appliqué pendant le semestre d'été à la clinique des femmes de l'université de Berlin.

Sur 460 enfants, 7, soit 1.5 0/0, ont été atteints de blennorrée. Les 7 cas d'ophtalmie comprennent quatre cas légers et trois de moyenne intensité; aucun d'eux n'a été grave. Le nombre des cas a été en diminuant au fur et à mesure que le personnel était mieux habitué à la méthode prophylactique. Ainsi sur la première centaine d'enfants soumis au traitement quatre ont été malades; sur la seconde deux seulement; sur la troisième aucun; sur les 160 derniers enfants, un seul a été atteint.

II. — Les résultats de la clinique de Bonn viennent encore confirmer l'excellence de la méthode prophylactique de Credé; avant l'emploi de toute méthode prophylactique, la moyenne des enfants atteints d'ophtalmie était de 7.3 0/0. Du 15 février 1881 au 10 juin 1881 on applique la méthode d'Olshauser : nettoyage des paupières, immédiatement après l'issue de la tête avec un tampon d'ouate trempé dans une solution phéniquée à 2 0/0; puis lavage des culs-de-sac conjonctivaux avec la même solution, immédiatement après l'expulsion de l'enfant. Résultat négatif : 13 0/0. A partir du 10 juin 1881, la méthode de Credé remplace la méthode d'Olshauser; la morbidité descend à 0.56 0/0. 4 enfants malades sur 703, du 10 juin 1881 au 15 novembre 1883. L'auteur emploie comme véhicule la vaseline au lieu de l'eau pour la solution à 2 0/0 de nitrate d'argent, et continue à faire laver les yeux de l'enfant immédiatement après l'accouchement avec la solution phéniquée au 2 0/0.

III. — Le procédé de Credé a été appliqué à la maternité de Dresde, du 1er octobre 1883 au 10 juillet 1884, à 1,002 enfants. Sur ce nombre, 7 seulement, 0.69 0/0, ont été atteints d'ophtalmie dans les 10 premiers jours après leur naissance. Encore sur ce nombre faut-il en défalquer 2, qui, par suite de l'encombrement du service, ont été oubliés et n'ont pas reçu les instillations, et deux autres, qui ont été infectés après leur naissance par des mères négligentes et malpropres. Restent 3 cas qui ont eu lieu du 2 au 13 février 1884. A partir du 21 février, les instillations ont été faites exclusivement par le premier assistant et sur 522 enfants, il n'y a pas eu un seul cas d'ophtalmie. Les instillations sont faites exactement d'après la méthode de Credé, un quart d'heure environ après l'accouchement, après que l'enfant a été baigné et ses yeux nettoyés avec un linge imbibé d'eau pure et froide. La solution de nitrate d'argent employée est à 2 0/0.

Des expériences ont été faites à la clinique pour établir le rôle des gonococcus dans la transmission de l'ophtalmie. Dans ce but, les produits de la sécrétion vaginale de 18 femmes ont été examinés au microscope, et les enfants de ces femmes n'ont reçu aucun traitement prophylactique. On n'a trouvé de gonococcus que chez une seule de ces femmes; et l'enfant de cette femme a présenté, 3 jours après l'accouchement, une ophtalmie type. Cette femme, dont les lochies renfermaient encore, 3 semaines après l'accouchement, de très nombreux gonococcus, a infecté avec les mains un autre enfant âgé de 21 jours, auquel elle avait donné le sein sans permission. Chez les 17 autres femmes les recherches, au point de vue des gonococcus, ont été infructueuses et les enfants sont tous restés indemnes.

IV. — Sur 92 nouveau-nés atteints d'ophtalmie, l'auteur a trouvé 63 fois le gonococcus de Neisser : 29 fois il lui a été impossible de le découvrir; ses recherches ont été faites à Breslau et controlées par

Neisser. Chez 21 femmes dont les enfants présentaient des gonococcus dans la sécrétion conjonctivale, l'auteur a retrouvé dans la sécrétion vaginale soit des gonococcus bien caractérisés, soit des débris sous forme de bâtonnets et de coccus innombrables. Chez 17 femmes dont les enfants ne présentaient aucune trace de gonococcus dans la sécrétion conjonctivale, l'auteur n'a retrouvé dans la sécrétion vaginale que des bâtonnets ou des diplococcus; mais pas de gonococcus.

Au point de vue clinique, les ophtalmies à gonococcus n'ont présenté sur les ophthalmies sans gonococcus d'autre différence qu'une plus grande intensité et ténacité des phénomènes inflammatoires et une plus grande tendance à attaquer la cornée.

L'auteur conclut de ces faits que la sécrétion vaginale ou lochiale peut même, dépourvue de gonococcus, provoquer une blennorrée oculaire.

L'auteur a pratiqué cinq inoculations sur la conjonctive normale de sujets adultes aveugles, avec la sécrétion muco-purulente d'une femme enceinte : cette sécrétion contenait de nombreux bâtonnets et quelques diplococcus, mais pas de gonococcus. Il n'y a pas eu la moindre réaction. L'enfant de cette femme, né quelques jours après, est resté indemne, bien qu'on n'ait fait aucun traitement prophylactique. Une autre inoculation sur un adulte aveugle est resté sans résultat; elle avait été pratiquée avec la sécrétion muco-purulente d'une femme dont l'enfant était atteint de blennorrée oculaire sans gonococcus : le mucus vaginal de la mère était aussi dépourvu de gonococcus.

Sur une question qui lui est faite, l'auteur déclare que dans la plupart des cas les mucus ont été examinés avant tout traitement. D'ailleurs dans d'autres cas les gonococcus ont été retrouvés en grande abondance chez des sujets soumis depuis longtemps au traitement.

Von Tischendorf (Hambourg) a vu survenir des blennorragies vaginales avec gonococcus chez des enfants placés dans des appareils à extension et atteints de scarlatine. Le mucus de ces blennorragies, dont Von Tischendorf ne s'explique pas l'origine, a été inoculé à des enfants athrepsiques, dont le pronostic ne laissait aucun doute, et a déterminé des ophtalmies avec gonococcus bien caractérisés. Le sublimé n'a pas réussi contre ces vaginites blennorragiques : l'iodoforme et surtout les injections avec la terre glaise et l'acide acétique ont donné de meilleurs résultats.

Schatz et Kroner confirment l'inefficacité du sublimé comme prophylactique.

H. DE BRINON.

I. — Die heilsamen Wirkungen der Jequirity-Ophthalmie, par A. VOSSIUS (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 17, p. 257, 28 avril 1884).

II. — Même sujet, par HEISRATH (*Ibidem*, n° 37, p. 598, 15 *septembre* 1884).

I. — Vossius a eu recours à la macération de jéquirity à 1 1/2 0/0, chez 50 malades atteints de conjonctivite granuleuse ou de pannus. Il n'a vu guérir ni les formes aiguës, hyperhémiques de granulations, ni les trachomes pâles, secs et durs. Toutefois, il a remarqué, comme Guaita et d'autres, qu'à la suite de l'application du jéquirity, le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre agissent beaucoup mieux.

Les résultats de l'inflammation déterminée par le jéquirity ont été un

peu meilleurs dans les formes tout à fait invétérées de trachomes, où la conjonctive présente des cicatrices et la cornée un pannus avec opacités. On voit celles-ci s'éclaircir; mais il faut pour cela au moins dix semaines de traitement et des ophtalmies artificielles répétées; donc ici encore les astringents et les péritomies sont préférables. Enfin, le jéquirity est impuissant contre le pannus crassus.

Dans l'acte d'accusation dressé contre le jéquirity par Vossius, celui-ci mentionne un grand nombre d'accidents plus ou moins sérieux survenus chez ses malades. 4 ont eu une dacryocystite; chez 3 d'entre eux, l'inflammation des voies lacrymales a guéri, mais non le pannus et les granulations. Chez l'autre malade, la dacryocystite s'est abcédée et s'est compliquée, successivement, de gangrène superficielle des téguments de la face, de phénomènes généraux graves avec délire, de surdité double, enfin de périostite des os du nez; finalement la femme a guéri, et même son pannus s'est éclairci.

Chez presque tous, Vossius a noté de petites ecchymoses conjonctivales, quelquefois des hémorragies plus vastes soulevant la conjonctive bulbaire.

Tous ont offert des points purulents sous l'épithélium cornéen, au niveau de l'extrémité des vaisseaux du pannus. Une fois, il y eut une infiltration parenchymateuse plus considérable de pus qui, sans s'être transformée en ulcération, donna lieu à un leucome.

Vossius a vu également une attaque de glaucome aigu dans un cas de pannus très vasculaire.

Chez cinq autres malades atteints de pannus, il a eu des hémorragies parenchymateuses qui laissèrent des opacités.

Enfin, le fait le plus triste est l'histoire d'une femme de 48 ans, ayant depuis 23 ans des granulations conjonctivales avec les altérations consécutives qu'elles produisent : ankyloblépharon, etc. Vossius se servit pour elle d'une macération à 1 1/2 0/0 de jéqurity dans une liqueur phéniquée au centième, ainsi que le recommande von Hippel. Cette médication fut suivie de perforation de la cornée, de hernie du cristallin, de suppuration du corps vitré, de phlegmon de l'œil; le globe dut être énucléé.

Vossius conclut que vu les dangers qu'elle entraîne, la médication par le jéquirity doit être proscrite d'une façon absolue chez tous les malades dont la vision n'est pas entièrement abolie.

II. — De l'observation d'un grand nombre de malades qu'il a traités pour des conjonctivites granuleuses, par le jéquirity, Heisrath conclut que d'une façon générale les effets thérapeutiques en sont tout à fait insignifiants. Dans les cas récents, il arrivait bien parfois que les granulations étaient masquées par le gonflement inflammatoire provoqué sur la conjonctive, mais elles reparaissaient bientôt après la diminution de l'ophtalmie. D'autres fois, après l'ophtalmie par le jéquirity, la conjonctive était moins congestionnée et partant moins épaisse; mais cette amélioration était fugitive ou même était suivie d'une aggravation de l'affection préexistante.

Heisrath est d'avis que le jéquirity ne doit jamais être employé quand la cornée est intacte ou peu malade, parce qu'il développe très facilement des infiltrations et des ulcères qui entraînent des troubles défini-

tifs de la vision. Dans le pannus, Heisrath a noté quelques effets indubitablement favorables. Mais ici encore, le jéquirity ne doit être appliqué que si tous les autres agents se sont montrés impuissants.

Sans aller aussi loin que Vossius, qui, s'exagérant les dangers du jéquirity, en proscrit absolument l'usage, Heisrath se contente de ne plus l'employer, trouvant qu'il a à sa disposition des méthodes tout aussi efficaces et plus inoffensives (*R. S. M.*, XXII, 329 et 715; XXIII, 360 et 732; XXIV, 84; XXV, 312; et XXV, 48). J. B.

Investigations into the nature of jequirity inflammations, par Arthur BENSON (*The Dublin journ. of med. sc.*, *p.* 296, *octobre* 1884).

Dans cette note, l'auteur cherche à établir que l'ophtalmie spéciale provoquée par le jéquirity n'est pas le fait des bacilles qui s'y développent.

Une infusion froide de graines de la plante (abrus precatorius) préparée fraîchement, sans macération préalable ni filtration consécutive, ne renfermant aucun bacille, développe la même ophtalmie.

Mêmes résultats quand la solution a macéré quelque temps et s'est chargée de bacilles en pleine activité.

Mêmes résultats encore, quand la solution, vieille de 2 mois et plus, fourmille de microorganismes de toute espèce.

Enfin, on obtient également l'ophtalmie lorsque, au lieu de solution aqueuse, on emploie la poudre de jéquirity, fraîche et dénuée d'organismes. H. R.

Ueber die Veraenderungen des Augenhintergrundes in Folge von Alkoholismus sowie über die pathologisch-anatomischen Veraenderungen bei der Alkohol-amblyopie, par W. UHTHOFF (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 25, *p.* 385 *et* 397, 23 *juin* 1884).

Depuis 2 ans, Uhthoff a examiné les yeux de 360 alcooliques entrés dans le service de Westphal, pour delirium tremens, épilepsie, etc. Chez 14 0/0 de ces malades, il a trouvé un trouble léger, mais assez uniforme, de la rétine, le plus net au niveau de la papille, où il reste parfois cantonné. Ce trouble est surtout marqué sur la moitié interne de la papille. Cette lésion a déjà été signalée par divers auteurs, aussi Uhthoff n'insiste-t-il que sur deux points. Le trouble de la papille, loin d'être étroitement lié à une amblyopie toxique, ne donne le plus souvent aucune altération visuelle; de la papille, il peut s'étendre plus ou moins loin à son pourtour.

Cette pâleur de la moitié interne de la papille n'est pas pathognomonique de l'alcoolisme, car elle se retrouve chez les aliénés paralytiques.

Mais la lésion ophtalmoscopique la plus fréquente chez les alcooliques est la décoloration atrophique de la moitié externe de la papille, que Uhthoff a notée chez 61, soit dans 17 0/0 des cas. Bien que depuis longtemps mentionnée comme survenant dans les périodes avancées de l'amblyopie toxique, elle peut exister sans provoquer le moindre trouble visuel. C'était le cas pour une moitié des 61 malades d'Uhthoff, qui n'avaient jamais offert d'affaiblissement de la vue.

Uhthoff insiste aussi sur ce que cette pâleur papillaire est plus limitée que son nom ne l'indique ; elle n'occupe souvent qu'un quart ou un cinquième de la moitié temporale de la papille.

C'est à Leber que revient le mérite d'avoir le mieux étudié cette lésion. Uhthoff estime qu'il y a lieu de l'utiliser pour le diagnostic de l'alcoolisme chez les aliénés, notamment de ceux du sexe féminin. Il ne faut pas oublier cependant qu'on la rencontre dans d'autres amblyopies à scotome central (tabac, diabète, plomb, névrite rétrobulbaire, etc.) ; Uhthoff l'a même observée 1 fois sur 100 chez des individus en apparence sains. Quant à la décoloration universelle de la papille, Uhthoff ne l'a vue que 4 fois.

Jusqu'ici il n'existait pas de recherches nécroscopiques portant indiscutablement sur l'amblyopie alcoolique. Uhthoff a eu la chance d'en étudier deux à l'autopsie après les avoir examinées pendant la vie et constaté la décoloration atrophique de la moitié temporale des papilles ; chez l'un de ces deux malades, l'amblyopie avait complètement rétrocédé ; c'est celui dont Moeli (*R. S. M.*, XXV,274) a rapporté l'observation et qui avait une affection des nerfs cruraux.

Dans les deux cas, les lésions nécroscopiques des nerfs optiques ne différaient que par leur intensité. Il s'agissait d'une névrite atrophique partielle, caractérisée par la prolifération du tissu conjonctif interstitiel avec multiplication des noyaux, par la néoformation de vaisseaux avec des parois en partie très épaisses et par l'atrophie des fibres nerveuses, beaucoup plus complète chez le malade qui avait encore l'amblyopie au moment de sa mort. La nature inflammatoire de cette dégénération partielle des nerfs optiques était surtout manifeste dans leur trajet orbitaire.

Dans les papilles, les portions dégénérées étaient disposées en dehors des vaisseaux centraux et formaient des coins dont la base était à la périphérie. L'altération occupait environ le tiers de la superficie papillaire. La disposition cunéiforme se retrouvait encore dans les parties attenantes de la portion rétrobulbaire du nerf optique, puis elle faisait place graduellement à un foyer ovale, presque demi-lunaire. A une distance de 8 millimètres du bulbe oculaire, le foyer morbide cessait d'arriver jusqu'à la surface extérieure du nerf. Plus en arrière, le foyer se rapprochait de plus en plus du centre du nerf : dans le trou optique, il était arrondi et à peu près central. Dans le trajet intracranien, il formait un ovale couché qui devenait diagonal peu avant le chiasma. Dans chaque moitié du chiasma, on retrouvait le foyer de dégénérescence qui, dans les bandelettes optiques, occupait la partie interne. J. B.

I. — **Ueber Augenstoerungen bei multipler Sklerose, par Rudolf GNAUCK et UHTHOFF** (*Berliner klin. Wochens.*, n° 27, p. 421, 7 *juillet*, et n° 26, p. 414, 30 *juin* 1884).

II. — **Ueber Neuritis optica bei multipler Sklerose, par W. UHTHOFF** (*Ibidem*, n° 16, p. 244, 20 *avril* 1885).

I. — Gnauck et Uhthoff ont étudié l'état de la vision chez 50 malades atteints de sclérose en plaques : 22 d'entre eux avaient les yeux intacts ; 13 offraient des troubles des muscles oculaires ; 19, des altérations des

papilles (parmi lesquelles seulement 4 paralysies) ; 8 ne présentaient qu'une amblyopie plus ou moins marquée ; 5 avaient en outre un rétrécissement du champ visuel ; enfin les 15 derniers, à côté de quelques-unes des lésions déjà signalées, avaient surtout des altérations du fond de l'œil, consistant en une atrophie totale ou partielle des nerfs optiques, en une décoloration des papilles, spécialement de leur moitié temporale, ou encore en une hyperhémie papillaire et une névrite optique.

Ces 8 cas de simple diminution de l'acuité visuelle n'offraient rien de spécial. Dans ceux-ci elle se compliquait d'un rétrécissement du champ visuel, celui-ci était généralement concentrique et oscillait entre 10 et 30 degrés ; il s'étendait aussi à la perception des couleurs, qui était en outre assez souvent défectueuse. Ces rétrécissements concentriques sont sujets à varier et même à complètement disparaître dans l'espace de très peu de temps. Ils font partie des anesthésies sensorielles déjà étudiées chez les hystériques, les épileptiques, et les victimes d'accidents de chemin de fer.

Deux malades offraient une cécité absolue par atrophie totale des nerfs optiques. Chez l'un, un homme de 42 ans, la sclérose en plaques avait débuté par des troubles oculaires qui en 4 mois amenèrent une perte complète de la vue. Chez l'autre, une fille de 25 ans, la maladie commença par une ptose palpébrale droite. Lorsque, au bout de quelques mois, celle-ci commença à diminuer, la malade était aveugle de cet œil. Les autres phénomènes de la sclérose en plaques n'apparurent que 2 ans plus tard. Au bout de 3 ans, l'œil gauche fut pris.

Dix malades n'avaient qu'une atrophie partielle des nerfs optiques ; chez 4 d'entre eux la décoloration des papilles était nettement circonscrite à leur moitié temporale ; chez les 6 autres, elle s'étendait aussi, mais à un bien moindre degré, à leur moitié interne.

L'histoire de cinq de ces malades montre que dans la sclérose en plaques, l'atrophie du nerf optique peut tenir à une névrite, et il en est probablement de même pour tous ceux chez lesquels l'atrophie reste limitée ou tout au moins prédominante sur la moitié temporale de la papille.

L'atrophie du nerf optique est le signe distinctif le plus certain quand on hésite entre une névrose (hystérie, par exemple) et la sclérose en plaques, soit que les phénomènes caractéristiques de l'affection médullaire ne se soient pas encore développés, soit qu'ils aient disparu temporairement.

Il y a souvent une très grande discordance entre les lésions constatées à l'ophtalmoscope et les troubles fonctionnels : quelquefois la vision est très affaiblie et il existe un scotome central considérable, sans rien d'appréciable au fond de l'œil. Plus souvent, il n'y a aucun trouble de la vue, bien que le malade présente une atrophie de la moitié externe de la papille.

II. — Uhthoff rapporte deux nouvelles observations d'atrophie inflammatoire du nerf optique, l'une totale, l'autre partielle, survenues dans le cours d'une sclérose en plaques ; et une troisième observation où l'atrophie du nerf se rattachait vraisemblablement aussi à une névrite, à en juger par les troubles existants.

Le travail d'Uhthoff se termine par la relation d'une autopsie d'atrophie

des nerfs optiques liée à la sclérose en plaques ; elle lui appartient et c'est la première fois qu'on a pu contrôler *post mortem* les troubles fonctionnels et ophtalmoscopiques constatés pendant la vie. J. B.

Un cas de myxœdème avec atrophie des nerfs optiques, par WADSWORTH (*Transactions of the american ophthalm. Society*, 20e *annual meeting, Boston* 1885).

L'affection, si récemment connue sous ce nom, n'a pas encore été bien décrite dans tous ses symptômes, et, bien qu'on ait observé des troubles du système nerveux central dans quelques cas, on n'avait pas signalé encore des troubles oculaires et en particulier des lésions du nerf optique. W... a observé un cas qui est intéressant à ce point de vue : on pourrait objecter qu'il s'agissait d'une coïncidence, mais on sait que l'atrophie essentielle est très rare, surtout lorsque les deux yeux sont pris. L'examen de l'œil montrait que les milieux étaient clairs, les papilles étaient nettement définies et présentaient une teinte gris bleuâtre avec vaisseaux petits. F. L.

Atrophie héréditaire du nerf optique, par NORRIS (*Transactions of the american ophthal. Society*, 20e *annual meeting, Boston* 1885).

En 1881, l'auteur a déjà présenté un travail sur ce sujet ; il a eu l'occasion d'observer, depuis, un certain nombre de cas et en particulier une famille composée de sept enfants qui étaient tous atteints de la même affection, tandis que les parents avaient une vue excellente. En interrogeant la mère, il a pu se convaincre que c'était du côté de celle-ci que venait l'affection, et il a pu retrouver des lésions chez une aïeule, chez un grand-oncle et plusieurs cousins. Il y aurait donc, comme pour l'atavisme observé chez les animaux, une transmission à la seconde génération. En ophtalmologie on retrouve la transmission directe, par exemple dans la kératite interstitielle d'origine syphilitique ; mais il est plus difficile d'expliquer que, dans les lésions du nerf optique et de la rétine, on retrouve toujours les mêmes lésions, et on doit se demander dans ce cas si la lésion primitive est dans le nerf optique ou si on a affaire à une lésion centrale.

Quoi qu'il en soit, les manifestations de la maladie sont toujours les mêmes. Scotome central d'abord pour les couleurs, qui commence seulement par une simple difficulté pour reconnaître les nuances. Puis plus tard le scotome devient plus complet et fait disparaître la sensation de forme et de lumière. Les parties périphériques de la rétine sont prises plus tard, et dans tous les cas elle atteint rarement la sensation de forme et de lumière, de telle sorte que les malades peuvent encore se conduire et conservent même un certain degré de vision par la périphérie. Les observations, prises avec beaucoup de soin, suivent ce travail ; les champs visuels montrent le scotome central pour les couleurs et le scotome lumineux. F. DE LAPERSONNE.

Colobome temporal de la papille du nerf optique, par NUEL (*Annales d'oculistique, XCIII, 3e et 4e liv., p.* 174).

Plusieurs auteurs ont déjà assimilé le staphylome postérieur à un colobome du nerf optique. Nuel publie un nouveau cas qui vient à l'appui de cette théorie. Chez un homme ayant une myopie de 9 dioptries à l'œil droit, il observa un colobome occupant le côté temporal et ayant la largeur de deux diamètres papillaires. Sur l'œil opposé, il n'y avait qu'une dioptrie de myopie, mais il existait un croissant staphylomateux. Pour expliquer ces colobomes latéraux, Vossius, après d'autres auteurs, admet une rotation de l'œil, et c'est à l'occlusion incomplète de la fente fœtale que seraient dus les colobomes du nerf optique, de la choroïde et de la macula. Schnabel a défendu l'opinion d'après laquelle les demi-lunes atrophiques congénitales, situées au côté temporal de la papille, seraient des faits analogues à l'occlusion incomplète de la fente fœtale. Le fait de Nuel est à rapprocher d'une observation de Wecker. F. DE LAPERSONNE.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Sur la valeur des opérations pratiquées sur le palais et sur la détermination de l'âge auquel il convient de les pratiquer, par U. TRÉLAT (*Bullet. de l'Acad. de méd., 2e série, tome XIII, nos* 51 *et* 52).

L'auteur a eu l'occasion de pratiquer 46 opérations de ce genre, il a pu suivre les opérés pendant 8, 10 et 12 ans. Il est arrivé ainsi à se faire à leur sujet une opinion qu'il considère comme définitive.

Après avoir rappelé les travaux de Roux et ceux de Baizeau, Ollier et Langenbeck relativement à la staphylorraphie à lambeaux périostiques, Trélat met en relief la tendance qu'ont eue les chirurgiens à abaisser de plus en plus l'âge auquel il conviendrait d'intervenir. C'est ainsi que de l'âge de 16 à 18 ans, adopté par Roux, on est descendu dans certains cas à 12 ans, 7 ans, 4 ans, quelques mois, quelques semaines et jusqu'à l'âge de 8 jours. D'autre part, en présence des résultats fort peu satisfaisants, un certain nombre de praticiens, Nélaton en tête, finirent par préférer la prothèse à la chirurgie proprement dite. Sans nier les services que peut rendre la prothèse, lorsque l'opération a échoué ou qu'elle a été rejetée par la famille, il n'en est pas moins vrai que les appareils ne peuvent être employés que pour les adultes, qu'ils ont besoin d'entretien, de réparations et même de modifications. Leur usage nécessite une longue éducation, une ferme volonté de la part du malade. Enfin ils ne peuvent être appliqués lorsqu'il existe une affection de la bouche. Aussi l'opération est-elle toujours préférable, mais dans des conditions d'âge déterminées. Trélat résume de la manière suivante les conclusions auxquelles il a été amené sous ce rapport par sa longue pratique :

1° Il ne faut pas faire d'opérations plastiques sur le palais avant l'âge

de sept ans au minimum. Avant cet âge elles sont dangereuses, compromises ou inutiles ;

2° Il faut soumettre les futurs opérés à une éducation attentive depuis le moment où ils essayent leurs premiers mots jusqu'à l'opération, et reprendre ensuite l'éducation post-opératoire. C'est le moyen assuré d'éviter les déceptions et de hâter le moment de la guérison fonctionnelle.

Quelle que soit l'étendue de la division palatine, il faut attendre et songer de suite à l'éducation. Un seul point doit être rappelé : c'est la nécessité d'opérer aussitôt que possible le bec-de-lièvre, s'il existe en même temps que la division palatine. Cette opération préliminaire exerce, en effet, la plus heureuse influence sur le rapprochement des bords de la fente du palais. GASTON DECAISNE.

Eine Frühform von Schleimhautlupus des Velum palatinum, par H. KRAUSE et KOEBNER (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 26, *p.* 407 *et* 413, 30 *juin* 1884).

Fille âgée de 17 ans, scrofuleuse dès l'enfance; il y a 2 ans et demi, on lui a désarticulé l'index gauche atteint de carie. Elle fait remonter à 18 mois le début de son lupus de la peau du nez. La muqueuse nasale présente la même affection. En outre, le voile palatin est également envahi, sans que la malade s'en soit encore doutée. Il s'agit en effet d'une phase tout à fait initiale. Sur la ligne médiane, au-dessus de la luette, on aperçoit au milieu de la muqueuse anémiée et nullement infiltrée un tubercule gros comme un pois, entouré d'une aréole rouge et résultant de la confluence de trois excroissances papillaires, jaunes, ayant les dimensions de grains de chènevis. A droite de la luette, sur l'arc palato-glosse, se voit un tubercule isolé, également gros comme un grain de chènevis. La rhinoscopie montre que le pharynx nasal est indemne et que la cloison offre en arrière et à droite un épaississement assez considérable, mais non lupique. Les cordes vocales présentent de la rougeur au niveau des apophyses vocales. L'épiglotte et le reste du larynx sont sains. Krause se propose de détruire les tubercules avec le galvanocautère.

Cette observation vient à l'appui de la manière de voir de O. Chiari et Riehl, qui soutiennent que les tubercules constituent la lésion primitive de la muqueuse qui ne s'infiltre qu'ultérieurement. D'après eux, l'affection débute complètement à la sourdine, ce qui fait qu'elle échappe plus souvent à l'observation dans sa phase initiale. Aussi recommandent-ils l'examen des muqueuses dans tous les cas de lupus cutané.

Dans la discussion, Kœbner déclare que depuis 15 ans il traite les lupus par l'emploi combiné de la curette tranchante de Volkmann et du crayon de chlorure de zinc. Il assure qu'on peut éviter les perforations de la cloison, si communes autrefois, en se servant du rhinoscope chez tous les malades ayant un lupus du nez.

Chez la malade présentée par Krause, les tubercules du lupus palatin ne pourraient être confondus qu'avec la lèpre.

Pour Kœbner, le lupus n'est qu'une forme de tuberculose de la peau qui reste localisée. Quant au traitement par le galvanocautère, Kœbner n'en est pas si enthousiaste que Besnier. En effet, il a vu pratiquer ces cautérisations par Middeldorpf sur des centaines de lupus, et en a lui-même pratiqué plus tard un certain nombre, mais elles n'ont pas empêché les récidives. J. B.

The throat department of St-Thomas's hosp. in 1883, par Felix SEMON (*Saint-Thomas's hosp. Rep., vol. XIII*).

Nous trouvons, dans ce relevé des principaux cas traités dans le service des maladies de la gorge, une étude intéressante sur les indications de l'extirpation des amygdales. Semon rappelle tout d'abord les inconvénients de l'hypertrophie amygdalienne, l'influence fâcheuse qu'elle peut avoir sur l'audition, la voix, la santé générale. Les praticiens sont très partagés sur la question de l'ablation des amygdales. Semon la croit nécessaire dans bien des cas, car elle modifie chez les strumeux non seulement les troubles locaux, mais améliore très nettement la santé générale.

Semon a constaté un assez grand nombre de cas d'hypertrophie chez des sujets au-dessus de 20 ans ; à partir de cet âge, l'atrophie est probable, mais il n'y a pas certitude de voir rétrocéder le gonflement. Quant à l'hypertrophie qui reparaît après l'ablation, elle n'est due qu'à une opération insuffisante. On doit enlever les amygdales quand elles gênent la respiration à l'état de veille ou de sommeil, quand elles altèrent la voix et nuisent à l'articulation des sons, qu'elles gênent le développement de la poitrine, quand elles donnent lieu à de fréquentes attaques d'angine. Chez les jeunes sujets, il faut toujours songer à la coexistence de végétations adénoïdes pharyngées.

Le danger d'hémorragie, qui tient souvent à ce qu'on blesse l'artère pharyngienne sur le pilier ou qui peut-être est due à l'artère tonsillaire, est assez rare pour ne pas faire rejeter l'amygdalotome. Voici la ligne de conduite suivie par Semon : quand le malade est d'un âge raisonnable (20 ans) il lui laisse le choix de l'instrument (amygdalotome ou galvano-cautère). Chez les sujets jeunes, il prend parti sans conseil et choisit l'amygdalotome quand l'hypertrophie est surtout prononcée dans le sens transversal (amygdales rondes, bien en relief); le cautère quand l'hypertrophie est surtout antéro-postérieure, l'amygdale faisant peu de saillie en dehors des piliers.

Citons, parmi les observations publiées, un cas de mycose pharyngée, un cas de laryngorrée de diagnostic extrêmement obscur, diverses tumeurs du larynx, un cas de hernie de la muqueuse du ventricule de Morgagni, une observation de gommes de la trachée sans lésion concomitante du larynx.

A. CARTAZ.

I. — Ein Fall von beginnender Pharynxtuberculose, par H. KRAUSE (*Berliner klinische Wochens*, n° 11, *p.* 170, 17 *mars* 1884).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem*, *p.* 172).

I. — Homme de 21 ans toussant sans beaucoup expectorer, depuis 1 an. Déglutition accompagnée d'une sensation de brûlure depuis 2 mois; enrouement depuis quelques semaines. Matité et souffle aux deux sommets. Fièvre continue, albuminurie.

L'épiglotte est profondément ulcérée et la sécrétion de ces ulcères contient les bacilles caractéristiques. Muqueuse aryténoïdienne œdématiée, exulcérée par places et offrant ailleurs des granulations grises.

Sur la muqueuse pharyngée, on aperçoit, suivant les endroits, des granula-

tions grises, les tubercules miliaires résultant de leur confluence, et même un début d'ulcération.

L'aspect de la luette est particulièrement remarquable : allongée de plus du double qu'à l'état normal elle ressemble à de la gélatine de Wharton. Après la luette, c'est sur l'arc palatopharyngien gauche que sont les lésions les plus graves.

Rien sur la muqueuse des joues, des lèvres et de la langue. Ganglions seulement dans les aines.

II. — Sur les 2,950 malades atteints d'affections de la gorge ou du nez venus dans les deux dernières années à la policlinique, Bœcker et Schoetz ont compté douze exemples de tuberculose du pharynx. En outre, Bœcker en a soigné huit autres cas dans sa clientèle privée.

Il relate trois cas d'une forme relativement rare, où les lésions se cantonnent sur les amygdales, les replis pharyngo-épiglottiques, la partie antérieure de l'épiglotte ou la région avoisinante de la base de la langue, respectant le larynx et le reste du pharynx.

Bœcker cite encore deux observations où des médecins distingués ont pu prendre la tuberculose du pharynx pour de la syphilis parce que chez l'un des malades, les bacilles manquaient et que l'autre avait des antécédents spécifiques. J. B.

Ueber spontane Nasenblutungen, par W. KIESSELBACH (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 24, *p.* 375, 16 *juin* 1884).

Au début de sa pratique, Kiesselbach a perdu un malade à la suite d'épistaxis ; ne pouvant plus supporter le tamponnement qui durait depuis plusieurs jours, il l'arracha. Depuis lors, Kiesselbach a toujours recherché la source de l'hémorragie, afin d'agir directement sur elle.

A. Hartmann, d'après 12 observations les unes personnelles, les autres empruntées à Little, Michel et Voltolini, professe que la plupart des épistaxis proviennent de la portion antérieure des fosses nasales, tantôt de la cloison, tantôt du plancher.

Au contraire, Bresgen, dont les observations ont surtout des enfants pour sujets, assure que les hémorragies nasales spontanées siègent le plus souvent à l'extrémité antérieure des cornets moyens; celles qui naissent plus en avant sont produites par les doigts.

Chez les 38 malades examinés par Kiesselbach, voici ce qu'il a constaté :

33 fois l'épistaxis provenait de la cloison cartilagineuse, le plus souvent de sa région antéro-inférieure, beaucoup plus rarement du bord supérieur.

2 fois l'hémorragie venait de l'endroit où la cloison se continue avec le plancher des fosses nasales au niveau du trou incisif.

2 fois, elle avait sa source à l'extrémité antérieure du cornet inférieur.

1 fois enfin, elle remontait jusqu'au bord antérieur du cornet moyen.

Pour procéder à la recherche des surfaces saignantes (qui sont généralement multiples) Kiesselbach se sert du spéculum plein de Sigmund et chez les jeunes enfants de l'otoscope ovale d'Ehrard et Gruber. Son front est armé d'un réflecteur.

Il y a une cause d'erreur à éviter : le courant d'air qui passe par les

fosses nasales, peut dévier le sang et faire croire qu'il vient de la paroi externe.

Quand l'hémorragie est très forte, il l'arrête d'abord momentanément au moyen d'un tampon d'ouate de Bruns appliqué pendant quelques minutes.

L'état des fosses nasales est variable. Tantôt on n'aperçoit rien du tout d'anormal, tantôt un pointillé rouge, tantôt quelques excoriations.

La première indication du traitement consiste à apprendre au malade l'endroit où, au début de la prochaine hémorragie, il devra appliquer un tampon d'ouate.

Quand l'épistaxis est rebelle à l'emploi du perchlorure de fer, Kiesselbach se sert du fer rouge (*R. S. M.* II, 452; XV, 657; XVI, 158; XIX, 296 et 703; XX, 702; XXII, 297, et XXV, 325). J. B.

Du traitement simple des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par E. Creswell BABER (*Annales des maladies de l'oreille, mai* 1885).

L'auteur conseille de laisser de côté tout instrument pour l'ablation des végétations adénoïdes et d'avoir recours au doigt. Les végétations sont vigoureusement grattées avec l'ongle de l'index une fois par semaine, jusqu'à destruction; on arrive ainsi facilement à nettoyer la cavité pharyngo-nasale dans ses moindres recoins. On fait faire en même temps tous les jours une irrigation nasale avec l'eau chaude salée, à moins qu'il n'y ait de la tendance à la tuméfaction des cornets inférieurs. A. C.

Des kystes osseux de la cavité nasale, par L. BAYER (*Rev. mens. de laryngol.*, 1er *juin* 1885).

Jeune femme de 25 ans se plaignant d'obstruction complète des deux narines. La narine droite est obstruée par une tumeur ronde du volume d'une noix qui a amené une déviation de la cloison bouchant la narine gauche. La tumeur, qui a son siège sur le cornet moyen, est dure, solide, recouverte d'une muqueuse normale. Deux ponctions au galvano-cautère laissèrent écouler d'une coque osseuse un liquide visqueux, jaunâtre, et permirent de confirmer le diagnostic de kyste osseux multicellulaire. La suppuration de la cavité fut diminuée par des injections irritantes de chlorure de zinc et des cautérisations répétées au galvano-cautère. La narine gauche devint perméable par le redressement de la cloison. La narine droite devint également libre par disparition de la tumeur.

Un an plus tard la malade revenait; la tumeur avait reparu et déterminait même de l'exophtalmie. On trouve cette fois deux tumeurs, une sur le cornet moyen, l'autre sur le cornet supérieur. La ponction donna issue au même liquide visqueux. La malade partit avant la fin du traitement. A. C.

I. — Mittheilung von Heilungen pathologischen Zustände, welche durch Reflexvorgaenge von der Nase her bewirkt waren, par SOMMERBRODT (*Berliner Wochenschrift, n°* 10, *p.* 147, 10 *mars, et n°* 11, *p.* 166, 17 *mars* 1884).

II. — Ueber Nasen-Reflex Neurosen, par Julius SOMMERBRODT (*Ibidem, n°* 10, *p.* 146, *et n°* 11, *p.* 172, 9 *et* 16 *mars* 1885).

III. — Fall von schwerem Asthma in Folge von Nasenpolypen, par KLEIN (*Wien. med. Presse, n°* 24, 1884).

IV. — Nasal asthma, its causes and treatment, par G. Hunter MACKENZIE (*Brit. med. journ., p.* 984, *mai* 1885).

V. — Ueber den Einfluss von chronischen Erkrankungen der Nasenschleimhaut auf nervöses Herzklopfen (De l'influence des affections chroniques de la muqueuse nasale sur les palpitations nerveuses), par KÜPPER (*Deutsche med. Woch., n*o 51, 1884).

VI. — Zur Diagnose und Therapie der mit Nasenkrankheiten zusammenhängenden Reflexneurosen, par ROTH (*Soc. des méd. de Vienne, 21 novembre* 1884).

VII. — Des névroses réflexes d'origine nasale, par A. CARTAZ (*France méd.,* 1er *août* 1885).

I. — C'est Hack (*Wiener mediz. Wochenschrift* 1882-1883) qui a le mieux étudié les actes réflexes qui ont leur point de départ dans la muqueuse nasale. Il a montré que les corps caverneux de l'extrémité antérieure des cornets inférieurs se tuméfient sous l'influence des excitations, portant même sur la muqueuse des cornets moyens et de la cloison. Ces excitations peuvent être de natures variées : poussières, froid, chaleur; lésions morbides de la muqueuse naso-pharyngée; irritation des nerfs des sens spéciaux et des nerfs cutanés.

La tuméfaction des corps caverneux des cornets inférieurs entraîne la distension de la muqueuse et des nerfs qui les recouvrent. A son tour, l'irritation de cette muqueuse et de ses nerfs provoque des actes réflexes à distance : migraines, asthme, éternuements spasmodiques, névralgies du trijumeau, névroses des vaso-moteurs de la face, de la conjonctive, névroses des nerfs sécréteurs, sous forme de rhinorrhée séreuse et de larmoiement.

Or, tous les troubles morbides disparaissent dès qu'on détruit par cautérisation les corps caverneux trop volumineux.

Sommerbrodt cite à l'appui des bons effets de la méthode de Hack, des observations très détaillées que nous résumons en quelques mots.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un jeune garçon de 11 ans, atteint depuis plus d'un an de troubles quotidiens affectant surtout les vaso-moteurs dilatateurs : enchifrènement, éternuements convulsifs, flux séreux des narines, prurit, larmoiement et œdème des conjonctives, œdème de la face, toux avec râles de bronchite chronique, vomissements, frissons avec pâleur des téguments, ralentissement du pouls et sueurs profuses de la tête.

Le retour de ces crises était amené par tout changement brusque dans la température de l'air inspiré, par une lumière vive, par la pénétration de poussières dans le nez, par le décubitus horizontal, par les réprimandes et par le travail nécessaire pour apprendre des leçons.

Sommerbrodt rapproche de ce fait curieux celui d'un chasseur âgé de 32 ans, affecté d'un catarrhe pharyngé chronique. Chaque fois que cet homme, après avoir touché un chevreuil, se portait les doigts à la figure, il était instantanément pris de coryza et de larmoiement suivi d'un œdème de la face et du cou qui persistait deux ou trois heures. Des accès semblables s'étaient produits une trentaine de fois depuis 6 ans. On a ici quelque chose de comparable à l'action des grains de pollen dans le développement du catarrhe des foins ou des poudres d'ipécacuanha et de saponaire dans la genèse des accès d'asthme.

Le second fait relaté par Sommerbrodt, concerne une névrose de la motilité du larynx. Presque chaque soir, en se levant, un homme de 30 ans éprouvait

une série d'éternuements, puis une constriction du cou et une impossibilité de proférer des sons pendant 2 ou 3 minutes.

L'auteur a traité de la même façon et avec autant de succès 11 cas d'asthme, à accès le plus souvent nocturnes. Chez 3 des malades, l'accès était précédé d'enchifrènement et d'éternuements.

II. — Depuis la communication ci-dessus, Sommerbrodt a pu expérimenter sur 138 malades, l'efficacité de la destruction galvanocaustique des corps caverneux, des cornets inférieurs surtout, mais aussi d'autres hyperplasies de la muqueuse des cornets. 8 seulement de ces malades soupçonnaient l'origine de leurs maux.

20 d'entre eux présentaient une névrose des nerfs vaso-dilatateurs de la muqueuse bronchique reproduisant tout à fait le tableau de la bronchite chronique. On trouvera dans le travail de Sommerbrodt l'observation d'un médecin affecté, outre cette névrose, de migraine et de scotome scintillant; ce dernier phénomène morbide a seul persisté après les cautérisations de la muqueuse nasale.

Sur 14 cas de migraine, 8 ont été guéris. Parmi les 52 asthmes liés à des affections du nez, 4 seulement étaient dus à des polypes. Quant aux résultats du traitement caustique, Sommerbrodt possède des renseignements sur 43 patients : 18 ont été complètement guéris ; 12 ont vu leur état considérablement amélioré, 5 n'ont ressenti aucune modification et 8 sont encore en traitement. Les 9 restants n'ont pas été revus depuis la première cautérisation. Parmi les cas non guéris se trouvent deux catarrhes des foins qui ont subi une seule cautérisation des corps caverneux tuméfiés.

Sur les 22 cas de troubles réflexes du pharynx et du larynx, 16 ont été guéris et 2 améliorés ; sur les 8 malades affectés d'éternuements spasmodiques, 6 ont obtenu une guérison complète, 2 une amélioration; une cautérisation unique a souvent suffi.

Sommerbrodt n'a observé que 6 exemples de toux nasale. Il a traité fructueusement une névralgie du trijumeau. En revanche, un tic convulsif de la face a persisté malgré l'arrachement de deux polypes et la cautérisation des corps caverneux.

Chez un malade de cette série, de même que chez trois malades de la précédente, les troubles respiratoires étaient limités au côté correspondant à la lésion nasale. De plus, quatre malades cautérisés dans une narine ont déclaré spontanément n'éprouver plus de gêne dans la poitrine que du côté correspondant à l'autre fosse nasale.

Deux fois seulement et chez des femmes, des cautérisations répétées se sont montrées complètement inefficaces. Chez un autre malade, l'effet de ce traitement s'est trouvé annulé par l'humidité du logement.

Un fait important à savoir, c'est que l'émotion causée par l'exploration et par la perspective de l'opération suffit souvent pour faire disparaître momentanément la turgescence des corps caverneux des cornets.

Chez tous les malades, la réapparition des accidents était amenée par des circonstances diverses, mais toutes propres à favoriser la congestion des narines ; position horizontale pendant la nuit, inclinaison de la tête, menstruation, grossesse, etc.

Pour pratiquer les cautérisations, Sommerbrodt se sert d'une spirale de platine qu'il enfonce profondément. Préalablement il fait l'anesthésie

locale, au moyen d'une solution de cocaïne à 8 0/0. La même solution peut servir au diagnostic de la nature nasale ou non de la névrose (*R. S. M.*, XXI, 707; XXIII, 734; XXIV, 603; XXV, 327 et 328). J. B.

III. — Ce cas est remarquable par la guérison obtenue. Une femme de 45 ans est atteinte, pendant l'hiver de 1879, à plusieurs reprises, d'accès d'asthme qui résistent à tous les médicaments et durent trois jours en moyenne. C'est seulement au printemps que ces graves accidents s'atténuent et que la santé très compromise tend à s'améliorer. Après une cure faite en été, les accès se reproduisent avec leur intensité primitive. Malgré la médication la plus active et la plus variée, les troubles persistent.

En mai 1883, la malade se présente à l'auteur qui découvre des polypes du nez avec un épaississement notable de la muqueuse. La patiente se souvient alors d'avoir subi en 1873 l'extraction d'un polype nasal.

Le 12 juin, destruction d'une grande partie des polypes par le galvanocautère; cette opération est renouvelée cinq fois jusqu'au 4 juillet; dans l'intervalle des séances, on fait des injections au salicylate et au borate de soude. Le traitement a pour résultat la guérison complète. Les accès d'asthme cessent définitivement. L. GALLIARD.

IV. — L'observation suivante prouve que l'asthme nasal, pour se produire, n'a nullement besoin de la présence d'un polype qui obstrue les voies aériennes.

Garçon de 13 ans, souffrant à la fois d'un catarrhe nasal et de crises d'asthme très intenses, durant depuis dix ans. Les accès d'asthme survenaient presque toujours vers 4 ou 5 heures du matin, au moment où la sécrétion nasale s'était accumulée dans les arrière-narines. L'examen rhinoscopique fit voir les lésions du catarrhe chronique de la muqueuse olfactive.

L'origine de ces attaques est évidemment réflexe, et due à l'anormale sensibilité de la muqueuse du nez, surtout des régions postérieures du cornet inférieur. Ordinairement ce genre d'asthme s'accompagne d'éternuement et de sécrétion nasale exagérée, soit passagère, soit permanente. Le froid, la poussière, la respiration de certains pollens végétaux déterminent les accès à des heures et à des saisons variables suivant la cause originelle.

Le traitement doit être exclusivement nasal. L'auteur recommande des bougies d'extrait de belladone d'un demi-centigramme, introduites matin et soir après un lavage préalable des narines. La présence de la belladone cause une sensation de brûlure passagère, mais est rapidement suivie de soulagement, en même temps que diminuent les sécrétions nasales. Il est probable que dans certains cas, l'usage de bougies de cocaïne rendrait de grands services. H. R.

V. — Un employé de 27 ans se plaint de palpitations survenant surtout le soir, au moment du coucher, et troublant aussi le sommeil de la nuit. Six mois avant de consulter l'auteur, il a souffert d'une violente angine qui a guéri. C'est depuis cette époque qu'il éprouve les palpitations. Tous les traitements ont échoué jusqu'ici : bromure, lotions froides, régime, exercice.

L'auteur examine le sujet sans rien découvrir dans la poitrine, mais il remarque une tuméfaction notable de la muqueuse des cornets moyens et inférieurs et des saillies à la paroi pharyngienne. Il propose donc au malade de le traiter par le galvanocautère. Après douze séances, la muqueuse naso-pharyngienne est guérie. Dès lors les palpitations disparaissent, la tête devient libre, l'état général excellent. L. GALLIARD.

VI. — Les névroses réflexes d'origine nasale doivent se diviser en deux groupes : celles qui proviennent de lésions bien caractérisées de la muqueuse du nez, celles qui sont liées à des fluxions de cette muqueuse et spécialement des corps érectiles, sans altération permanente. Il n'y a pas, du reste, de caractères spéciaux à l'un ou à l'autre de ces deux groupes. La névrose n'est attribuée aux affections nasales que par exclusion, quand les autres causes ont dû être écartées.

Contre l'hyperplasie de la muqueuse, l'auteur emploie le nitrate d'argent et l'acide chromique; dans les cas d'induration très prononcée, le galvanocautère; pour favoriser la chute de l'eschare, il prescrit les pulvérisations avec une solution au centième de chlorate de potasse ou de salicylate de soude. Il emploie l'anse galvanocaustique contre les polypes fibreux durs.

VII. — L'auteur publie quelques observations nouvelles de névroses dues à des lésions de la muqueuse nasale. Contrairement à Hack et Sommerbrodt, il admet que toutes les inflammations nasales peuvent donner naissance à ces manifestations réflexes ; il reconnaît toutefois que l'hypertrophie des cornets est certainement la cause la plus fréquente. Pour s'assurer si une névrose reconnait pour origine une lésion nasale, Cartaz recommande des badigeonnages de la muqueuse nasale avec une solution de cocaïne; en annihilant la sensibilité de cette muqueuse, on doit faire disparaître temporairement toute manifestation réflexe.

L. GALLIARD

Contribution à l'étude des érosions dites catarrhales et de leur rapport avec la tuberculose du larynx, par Th. HERING (*Revue mensuelle de laryngologie, 1er mai* 1885).

L'auteur appelle l'attention sur les érosions légères qui surviennent sur la muqueuse de l'espace interaryténoïdien et des apophyses vocales à l'occasion d'un catarrhe chronique. Virchow n'admet pas cette dénomination ; il les appelle des ulcérations érosives.

Leur siège de prédilection est la muqueuse de la partie interaryténoïdienne ; elles surviendraient à l'occasion de quintes de toux répétées, du travail hypertrophique qui se fait sur la muqueuse, et se montrent plus fréquemment quand il y a du catarrhe chronique du pharynx. Ces érosions sont de forme arrondie ou ovale, à fond grisâtre et congestionnées au commencement deviennent lisses, un peu élevées, souvent recouvertes d'écailles épithéliales.

On doit les différencier des érosions de nature tuberculeuse; à l'examen la séparation est difficile; on ne peut l'établir avec certitude qu'après l'examen de l'état général, l'auscultation de la poitrine et l'analyse microscopique de l'expectoration.

Le traitement local est à peu près nul ; on doit se borner à éloigner toutes les causes d'irritation, préconiser le silence le plus absolu, des inhalations de vapeur d'eau tiède ou de quelques solutions calmantes.

A. C.

Kehlkopfmuskellähmung in Folge von Bleivergiftung, par Otto SEIFERT (*Berliner klinische Wochens.*, n° 35, *p.* 555, 1er *septembre* 1884).

Signalée pour la première fois par Tanquerel, l'aphonie paralytique d'origine saturnine n'a fait l'objet que de rares publications. Seifert cite seulement 3 observations dans la littérature laryngologique. La première due à Sajous (*Archives of Laryngol.*, 1883) est un cas de paralysie des dilatateurs de la glotte chez un peintre qui fut guéri par l'iodure et la noix vomique; la seconde, due à Schech (*R. S. M.*, XXIII, p. 742), chez un ouvrier en cuivre, paludéen, mais maniant aussi le plomb. Enfin Mackenzie, dans son traité, avait rapporté un cas de paralysie unilatérale des constricteurs existant depuis 5 mois chez un peintre. Ce malade guérit en deux mois par le traitement ioduré et les courants intermittents appliqués à l'intérieur du larynx.

Mackenzie émet l'opinion que les paralysies toxiques du larynx ne portent que sur les muscles adducteurs. Les 3 nouveaux faits que publie Seifert vont à l'encontre de cette manière de voir. Voici le résumé de ces observations qui concernent toutes des ouvriers en bâtiment, se servant de la céruse.

1er *Cas.* — Homme de 19 ans ayant des coliques saturnines, un liséré et un enrouement léger. Au laryngoscope, parésie des muscles aryténoïdiens transverses et obliques.

2e *Cas.* — Homme de 45 ans, non buveur; plusieurs accès de coliques antérieurs. Depuis 6 mois, palpitations, oppression, étourdissements. Il y a 8 jours, point de côté thoracique droit. État actuel : Epanchement pleurétique à la base droite, frottement péricardique, renforcement du deuxième bruit aortique. Liséré gingival. Urine contenant un peu d'albumine et quelques cylindres hyalins, raucité, dysphagie. — Au laryngoscope, œdème considérable de la muqueuse au-dessus des cartilages aryténoïdes, immobilité des cordes vocales, surtout de la gauche, même dans les inspirations profondes; vibrations manquant pendant la phonation. Des scarifications réitérées n'empêchent pas l'œdème d'envahir les replis ary-épiglottiques.

Un jour, en se levant, le malade est pris d'un accès épileptiforme avec morsures linguales qui se répète les jours suivants; dans les intervalles, il a du délire. Augmentation de l'albuminurie, hémiplégie faciale gauche et mort.

A l'autopsie, sérosité abondante dans l'espace sous-arachnoïdien et dans les ventricules latéraux qui sont dilatés. Épaississement et opacité de la pie-mère. Artère basilaire athéromateuse. Trois foyers hémorragiques de peu d'étendue : l'un dans l'avant-mur droit, l'autre dans le noyau lenticulaire gauche; le troisième dans la moitié droite de la protubérance. Fausses membranes péricardiques de dates diverses; ventricule gauche, hypertrophié et graisseux; valvule mitrale épaissie. Reins très petits, bosselés, pâles, ne se laissant pas décortiquer; substance corticale atrophiée; dilatation des bassinets.

Œdème de la face inférieure des cordes vocales et des muscles thyro-aryténoïdiens internes (tenseurs des cordes), atrophie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, beaucoup plus avancée à gauche.

Seifert fait remarquer que contrairement à Leyden qui limite à la variété d'atrophie rouge ou sclérose rénale la néphrite saturnine, son malade offrait l'atrophie blanche des reins.

3e *Cas.* — Homme de 30 ans. Cinq ans après son début d'apprentissage, il a eu un enrouement qui a disparu spontanément au bout de trois semaines, mais s'est reproduit depuis à plusieurs reprises. Onze ans plus tard, première

atteinte de coliques saturnines. — État actuel : Liséré ; voix couverte, dégénérant facilement en fausset ; pas d'albuminurie (cœur un peu hypertrophié) renforcement du second bruit de l'aorte. Au laryngoscope, la corde vocale droite reste complètement inerte pendant la respiration et la phonation. J. B.

Di una forma rara di tubercolosi della laringe, par P. FOA (*Arch. per le scienze med., vol. VII, n°* 13).

L'auteur a rencontré dans le larynx d'une femme morte de phtisie pulmonaire de petites végétations arborescentes de 2 à 4 millimètres formant par leur ensemble une sorte de chou-fleur, siégeant à la base de l'épiglotte, sur les cordes vocales, sans altération de la muqueuse, ni ulcérations. L'épithélium est normal et recouvre ces végétations.

A l'examen microscopique, on trouve que ces végétations sont formées par du tissu connectif avec acini glandulaires et recouvertes d'un épithélium pavimenteux. A la base, on trouve quelques cellules géantes. En colorant les coupes par le procédé d'Erlich, on reconnaît de nombreux bacilles infiltrant les tissus et accumulés surtout dans les cellules géantes. A. C.

Paralysie bilatérale des muscles abducteurs de la glotte pendant la grossesse; trachéotomie. Récidive. Nouvelle trachéotomie, par AYSAGUER (*Union méd.*, 31 *mars* 1885).

Mme D... enceinte pour la 6e fois, remarque au 3e mois que sa voix est voilée, puis peu à peu la respiration devient difficile, et au cinquième mois il y a de véritables crises de dyspnée, comme dans le croup. Au laryngoscope, on voit que les cordes vocales inférieures restent immobiles ne laissant entre elles qu'un espace d'un millimètre. La trachéotomie fut pratiquée, puis au bout de quelques jours, on commença l'électrisation directe des cordes vocales, un mois après l'opération, la canule put être enlevée; deux mois plus tard, la dyspnée revint, et nécessita bientôt une nouvelle trachéotomie; deux jours après, la malade accouchait; 20 jours plus tard, on enlevait la canule sans qu'il fût besoin de pratiquer la faradisation. H. LEROUX.

Zur Lehre von den Kehlkopfcysten (kystes du larynx), par JURASZ (*Deutsche med. Woch., n°* 39, 1884).

L'auteur a observé sept cas de kystes du larynx : un de ces kystes siégeait sous le repli aryténo-épiglottique gauche, un à la face postérieure de l'épiglotte, les cinq autres à la face antérieure de l'épiglotte. Ces kystes ne déterminent pas toujours de troubles assez sérieux pour attirer l'attention des malades, aussi peuvent-ils être ignorés : c'est peut-être à tort qu'on les considère comme des lésions rares. Ici, la plupart ont été découverts fortuitement chez des sujets soignés pour des altérations diverses : syphilis, tuberculose, catarrhe aigu. Leur volume n'était pas considérable : il ne dépassait guère celui d'une cerise dans les cas de kystes épiglottiques, aussi le traitement pouvait-il en être très simple.

Le kyste ary-épiglottique, observé chez un homme de 24 ans, a déterminé des troubles fonctionnels graves par sténose laryngée, et la trachéotomie serait devenue nécessaire si, après plusieurs examens, l'auteur n'avait trouvé la fluctuation et ponctionné la tumeur à plusieurs reprises. Le malade a guéri complètement. L. GALLIARD.

Verstopfung der Trachea durch eine verkäste und gelöste Bronchialdrüse; Heilung nach Tracheotomie (Oblitération de la trachée par un ganglion bronchique caséifié et erratique. Guérison par la trachéotomie), par PETERSEN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 10, 1885).

Une petite fille de 6 ans, ayant eu à l'âge de 3 ans 1/2 une rougeole grave, plus tard une bronchite, est atteinte de fréquents accès de dyspnée. On l'amène à l'hôpital le 8 août, et, le soir même, en approchant d'elle, l'auteur la trouve dans un état de suffocation tellement alarmant qu'il se hâte de pratiquer la trachéotomie.

Cette opération ne soulage qu'incomplètement la petite malade. Comprenant que l'obstacle est plus bas, l'auteur explore la trachée jusqu'à la bifurcation des bronches à l'aide d'une bougie et retire des fragments caséeux. Ce sont les débris d'un ganglion bronchique que la suppuration a extrait de sa loge et qui a pénétré dans la trachée. L'auteur extrait ces débris caséeux et calcaires. L'enfant en rejette par la toux. La respiration devient alors facile. Au bout de cinq jours les matières caséeuses sont éliminées complètement, l'enfant guérit. L. GALLIARD.

Sarcome fasciculé intra-laryngien. Trachéotomie préventive. Extirpation complète du larynx, par Léon LABBÉ (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, *2e série*, *Tome XIV*, *n°* 12).

Il s'agit d'un homme de 59 ans, atteint de cancer du larynx. A la suite de la trachéotomie, il y eut une amélioration qui fut cependant interrompue par l'explosion d'une broncho-pneumonie double. Mais bientôt la tumeur augmentait de volume et déterminait une dysphagie des plus pénibles.

L'extirpation totale du larynx fut proposée le 12 mars. Depuis plusieurs jours le malade ne pouvait plus rien avaler, et il était menacé de mourir d'inanition.

Une anesthésie aussi complète que possible fut effectuée à l'aide du chloroforme au moyen d'une compresse appliquée sur la canule trachéale. Tamponnement avec la canule de Trendelenburg.

Après avoir mis le larynx complètement à découvert au moyen d'une triple incision en T, Labbé abandonna le bistouri, pour se servir du couteau galvano-caustique. Il put ainsi isoler toutes les parties molles et détacher les insertions musculaires, en évitant avec soin les paquets vasculo-nerveux. L'écoulement sanguin fut insignifiant pendant ce temps de l'opération.

Le chirurgien se décida à agir de bas en haut. L'incision porta sur le cartilage cricoïde, et l'extraction fut effectuée peu à peu en attirant fortement le larynx en avant au moyen d'érignes placées à l'intérieur même du tissu laryngien, et en ayant soin de ne pas léser la paroi antérieure de l'œsophage. Il importe à ce moment de raser rigoureusement la paroi du conduit laryngien. Arrivé au niveau des cornes supérieures du cartilage thyroïde, on les coupe avec de forts ciseaux, et l'on termine par la section complète de la membrane thyro-hyoïdienne. L'épiglotte est également coupée à sa base au moyen de ciseaux.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. La température a oscillé entre 38° et 38°,5. Au bout de quinze jours, l'état du malade est absolument satisfaisant; il s'alimente abondamment et ne souffre plus. L'examen histologique de la tumeur pratiqué par Rémy a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé.

C'est la première extirpation de larynx pratiquée en France.

GASTON DECAISNE.

I. — La cocaïne et la chorée du larynx, par F. MASSEI (*Rev. mens. de laryng.*, 1er *juillet* 1885).

II. — Hoquet choréiforme du larynx guéri par la cocaïne, par GAREL (*Lyon médic.*, *p.* 404, 19 *juillet* 1885).

I. — L'auteur rapporte un cas de chorée du larynx, chez une jeune fille de 20 ans. Les quintes de toux étaient incessantes (jusqu'à 120 dans un quart d'heure) et avaient amené la disparition du sommeil et un état général assez grave. La névrose avait été rebelle à toutes les médications (bromures, belladone, quinine, électricité, hydrothérapie, pulvérisations d'éther, etc.) Des badigeonnages de cocaïne (solution au 5e) donnèrent des intervalles de repos assez considérables et le sommeil revint; mais les quintes ne disparurent pas et la malade partit au bout de 13 jours, améliorée au point de vue de la santé générale, mais ayant toujours des quintes de toux.

II. — Jeune homme de 16 ans, ayant eu de la chorée. Sous l'influence d'une émotion, apparition de hoquet fréquent; crises épileptiformes de temps à autre. Quand l'auteur voit ce malade il y a, avec le hoquet, de la chorée. Divers traitements, faradisation, ayant échoué, Garel badigeonna le larynx avec la cocaïne. Le hoquet disparut instantanément, en même temps que la chorée.

A. C.

The whole bony labyrinth separated by necrosis and removed as a sequestrum from a child, par Walter PYE (*Brid. med. journ.*, *p.* 1194, *juin* 1885).

Il s'agit d'un enfant de 4 ans 1/2, qui entre à l'hôpital avec les signes d'un abcès sous-périosté de l'apophyse mastoïde, et une nécrose superficielle du temporal. Il y avait écoulement de pus par le conduit auditif et par la fistule mastoïdienne, et surdité absolue; le tout consécutif à une scarlatine, survenue 18 mois auparavant. Bientôt se déclara une hémiplégie faciale complète et persistante. Au bout de trois mois, on se décide à débrider largement la plaie et à trépaner l'os, et l'on sent un séquestre mobile, auquel on livre passage avec la gouge. Ce séquestre ainsi détaché, représente la totalité du labyrinthe, avec la cavité du tympan, les trois canaux demi-circulaires et le limaçon. Il est contenu dans une sorte de cavité adventice tapissée d'une muqueuse que le doigt explore librement, et qui semble tellement profonde, qu'on croirait pénétrer dans les cavités cérébrales. L'enfant guérit parfaitement.

L'auteur passe en revue les faits du même genre publiés jusqu'ici (trois cas de Toynbee) et insiste sur le fait de la rareté de la méningite en pareil cas, malgré le voisinage de l'encéphale.

H. R.

REVUE GÉNÉRALE.

DU MYCOSIS FONGOÏDE

Par H. HALLOPEAU.

Consulter dans la *Revue* l'analyse des travaux suivants : Debove, t. II, p. 791. — Port, III, 260. — Demange, III, 659. — Wiglesworth, VII, 643. — Engelstedt, VIII, 272. — Duhring, XIV, 233. — P. Fabre, XV, 606. — Galliard, XXI, 640. — Kœbner, XXII, 625. — Hyde, XXIV, 551.

Consulter, en outre :

KLIN. VON EXPERIMENT. MITTHEIL. AUS DER DERMATOL. UND SYPH. par **Kœbner** (*Erlangen*, 1864.) — ÉTUDE SUR UNE AFFECTION DE LA PEAU DÉCRITE SOUS LE NOM DE MYCOSIS FONGOÏDE (LYMPHADÉNIE CUTANÉE), par **X. Gillot** (*Thèse de Paris*, 1868). — MYCOSIS FONGOÏDE, par **Ranvier** (*Bulletin de la Société anatomique*, *p.* 477, 1872). — *Bulletin de la Société de biologie*, par **Landouzy**, 1872. — DISEASES OF THE SKIN, par **Tilbury Fox** (p. 359, 1873). — CAS DE SARCOMES MULTIPLES DE LA PEAU SOUS LA FORME DE MYCOSIS, par **H. Port** (*Deutsches Archiv f. klin. Medicin*, 1873). — EIN SELTSAMER KRANKHEITSFALL, par **H. Hebra** (*Vierteljahrsch. f. Dermat. und Syph.*, *p.* 75, 1875). — TUMEURS LEUCÉMIQUES DE LA PEAU, par **Biesiadecki** (*Ver. der Aertze in nieder-Oester.* 1875). — ART. MYCOSIS DU DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE, 1876, par **Bazin**. — TROIS NOUVEAUX CAS DE MYCOSIS FONGOÏDE, par **Tanturri** (*il Morgagni*, *n*os 1 *à* 3, 1877). — OBSERVATIONS DE MYCOSIS FONGOÏDE, par **Brachet** (*Mém. de médecine et de chirurgie militaires*, *p.* 626, 1877). — CAS DE MYCOSIS FONGOÏDE DÉBUTANT PAR UNE URTICAIRE, par **Hillairet** (*Acad. de médecine*, *décembre* 1880). — SUR UNE TUMEUR FONGUEUSE INFLAMMATOIRE DE LA PEAU, par **E. Geber** (*Deutches Archiv f. klin. Medicin*, 1878). — OBSERVATION DE DIATHÈSE LYMPHOGÈNE A FORME CUTANÉE, LÉONTIASIQUE, GANGLIONNAIRE, HÉPATIQUE ET LEUCOCYTHÉMIQUE, par **Philippart** (*Acad. royale de médecine de Belgique*, 21 *août* 1880). — LYMPHADÉNIE CUTANÉE, par **Vidal** (*Transactions of the international medical Congress*, *London* 1881, *t. III*, *p.* 175). — CAS DE TUMEURS MULTIPLES DE LA PEAU AVEC PRURIT INTENSE, par **Hardaway** (*Archiv. of Dermatolog.*, 1880). — SUR LE MYCOSIS FONGOÏDE D'ALIBERT, par **C. Mannino** (*Giorn. della mal. vener.*, *p.* 348, 1882). — TRADUCTION DE KAPOSI, NOTE DE LA PAGE 143 DU

TOME II, 1881, par **E. Besnier et Doyon**. — CONTRIBUTION CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE A L'ÉTUDE DU DERMO-LYMPHO-ADÉNOME, MYCOSIS FONGOÏDE D'ALIBERT, par **Tommaso de Amicis** (*Napoli*, 1882). — TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU, PUBLIÉ par **Ziemssen**. ARTICLES **d'Auspitz, de Neisser et de Babès** (1883-1884). — CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DES TUMEURS DE GRANULATIONS INFLAMMATOIRES (GRANULOMES SARCOMATODES DE LA PEAU), par **R. Naether** (*Deutsches Arch. f. klin. Med.* 1883). — SUR LE MYCOSIS FONGOÏDE, par **P. Fabre** (*Gaz. méd. de Paris*, nos 5, 6, 7, 35, 36, 1884). — Par **E. Besnier**, *Ann. de dermat. et de syphilig.*, *p.* 37, 1884. — SUR UNE NOUVELLE FORME DE MALADIE DE PEAU, LA LYMPHODERMIE PERNICIEUSE, par **M. Kaposi** (*Medic. Jahrb. der k. Gesellschaft der Aerzte. Vienne*, 1885). — UN CAS DE GRANULOME FONGOÏDE, par **Auspitz** (*Vierteljahrsch. f. Dermat. und Syph.*. 1885). — ÉTUDE SUR LE MYCOSIS FONGOÏDE, par **Vidal et Brocq** (*France médicale*, nos 79 *à* 85 1884). — MYKOSIS FUNGOÏDE, par **Rindfleisch** (*Deutsche med. Wochensch.* 1885). — MYCOSIS FUNGOÏDE, par **Tilden** (*Americ. dermatol. assoc.* 26 août 1885).

Nous nous sommes efforcé de réunir dans ce tableau tous les travaux récemment parus sur l'état morbide auquel on applique généralement en France la dénomination de *mycosis fongoïde*. La diversité des titres sous lesquels ils sont désignés, surtout à l'étranger, suffit à montrer que les auteurs sont loin d'être d'accord relativement à la nature de cette maladie. Quand les progrès de la technique microscopique ont permis d'étudier scientifiquement la structure des tumeurs dites *mycosiques*, on a été naturellement porté à substituer une désignation fondée sur l'anatomie pathologique à celle que l'on avait tirée de leur ressemblance grossière avec les champignons; mais, malheureusement pour cette tentative, les différents histologistes sont arrivés à des conclusions très diverses, de telle sorte que les néoplasies ont reçu successivement les noms de *lymphadénies cutanées*, de *sarcomes multiples*, de *dermo-lympho-adénomes*, de *tumeurs fongueuses inflammatoires de la peau* et de *granulomes fongoïdes*. Nous aurons à examiner si tous les cas cités plus haut appartiennent bien réellement à une seule et même maladie, et n'ont pas été rapprochés artificiellement en vertu de théories non justifiées.

Parmi ces travaux, plusieurs contiennent l'exposé de faits tout nouveaux et de nature à modifier complètement les idées régnantes. Avant d'en rendre compte, nous indiquerons quelles étaient jusqu'ici les opinions en présence.

En France, les dermatologues contemporains se sont ralliés à la théorie basée sur les examens microscopiques de Ranvier, formulée pour la première fois par Gillot en 1868, et confirmée par les recherches de Landouzy et de Debove ainsi que par le travail de Demange : *le mycosis d'Alibert est une lymphadénie cutanée, caractérisée par la production abondante de tissu adénoïde, presque exclusivement dans la peau.* « C'est, disent E. Besnier et Doyon, un *dermato-lymphadénome*, c'est-à-dire une tumeur dont la caractéristique réside dans un reticulum lymphatique supportant des globules blancs en grand nombre. » Bazin admet, non sans faire des réserves, comme nous le verrons plus loin, une *diathèse lymphadénique*. Vidal (congrès de Londres) dit également : « Cette maladie, c'est le *lymphome* ou *lymphadénome* de Virchow produi-

sant dans la peau une altération identique à celle de l'adénie de Trousseau. » Galliard affirme que la lymphadénie cutanée a sa place définitive dans le cadre nosologique, et c'est bien réellement ce qui semble résulter de l'accord unanime de nos pathologistes les plus compétents.

Mais l'impression se modifie singulièrement à la lecture des auteurs étrangers et surtout des Allemands : non seulement ils nient qu'il y ait un rapport entre le mycosis et la lymphadénie, mais, même au point de vue purement histologique, leur description diffère de celle de Ranvier. Ils ne sont pas d'ailleurs d'accord entre eux.

Köbner, qui a pu en recueillir, en 1862, deux observations typiques dans le service de Hardy, où ils étaient considérés comme des cas de *lichen hypertrophique*, les a publiées sous le titre de *Tumeurs papillomateuses fongoïdes multiples de la peau*, et il a conservé cette qualification pour un fait qu'il a étudié plus récemment; il admet que ces néoplasies sont constituées par une prolifération du tissu conjonctif du chorion, particulièrement dans le corps papillaire, et une dilatation accompagnée de néoformation de vaisseaux sanguins. En 1878, E. Geber, à qui nous sommes surpris de voir Kaposi attribuer le mérite d'avoir décrit le premier cette forme morbide, alors que son travail est venu dix ans après celui de Gillot, l'étudie sous la qualification de *tumeur fongueuse inflammatoire de la peau*. Kaposi la rattache à la sarcomatose de la peau. Virchow classait les néoplasies fongoïdes parmi les *granulomes* (*Traité des tumeurs*, traduction d'Aronsohn, t. II, p. 528). Auspitz, dans le traité de Ziemssen, les range également sous le nom de *granulomes fongoïdes*, à côté de celles de la tuberculose, de la lèpre, de la syphilis et du rhinosclérome ; Neisser place le mycosis, en raison de cette analogie, parmi les maladies infectieuses chroniques. Nous verrons bientôt que des observations toutes récentes justifient pleinement cette assimilation.

En présence de pareilles divergences, il y a lieu de rechercher si la théorie de Gillot et Ranvier repose réellement sur des bases inattaquables. Elle est fondée presque exclusivement sur la présence dans les néoplasies de tissu adénoïde : or il semble bien que, dans un certain nombre de cas au moins, elle n'ait pas présenté cette structure; il n'en est pas fait mention dans plusieurs des observations qui ont été publiées en Allemagne; dans un fait récent de Vidal, l'examen microscopique, pratiqué par A. Siredey a montré que les tumeurs présentaient à la fois les éléments du sarcome et ceux du tissu lymphoïde, sans appartenir d'une manière exclusive à l'un ou l'autre de ces types. « On y rencontrait en même temps : 1° plusieurs variétés de sarcomes : sarcome embryonnaire, sarcome fasciculé et myxo-sarcome ; 2° les diverses apparences du tissu réticulé, qui constituent les tumeurs adénoïdes. » La tumeur paraissait donc être une sorte de lympho-sarcome ou, plus exactement, la variété décrite par Rindfleisch sous le nom de *sarcome lymphadénique myxoïde*. On ne peut affirmer qu'il se soit agi là d'une néoplasie identique à celle de la leucémie. D'autre part, Geber et Köbner assurent que, dans leurs faits, le tissu réticulé, dont ils ont constaté l'existence, ne représentait qu'une phase dans l'évolution du néoplasme. La présence seule de tissu réticulé dans une tumeur doit-elle, d'ailleurs, suffire à la faire classer parmi les lymphadénomes? Bazin, tout en cé-

dant à l'entraînement général, avait émis des doutes à cet égard : « Le mot *fongus*, écrivait-il en 1876, peut-il être avantageusement remplacé par celui de *lymphadénome ?*... Nous n'aurions, quant à nous, aucune objection à faire à cette manière de voir et ne demanderions pas mieux d'en admettre la haute importance en séméiotique ou en nosologie, mais à la condition que le stroma réticulé, trouvé dans une tumeur de la peau, la caractérisât et servît toujours à la faire reconnaître comme affection propre, c'est-à-dire pathognomonique de la maladie elle-même. » Or Rindfleisch a trouvé dans les tubercules un réticulum analogue à celui des ganglions, et Cornil et Ranvier en indiquent de même la présence dans ces néoplasmes après qu'ils ont été durcis par l'alcool ou l'acide chromique.

Existe-t-il chez les malades atteints de mycosis d'autres signes de lymphadénie ? On peut répondre négativement, pour la plupart des cas : il n'y a généralement pas de leucémie et les ganglions ne sont tuméfiés que dans les régions qui correspondent à des parties enflammées des téguments ; la rate n'est pas intéressée. Enfin, les tumeurs de la peau et ganglionnaires peuvent diminuer de volume et disparaître entièrement, tandis que, d'après Ranvier, la marche des lymphadénies ganglionnaires est toujours progressive. Considérer ces tumeurs comme des néoplasies ganglionnaires par cela seul qu'on a pu y découvrir l'existence d'un réticulum, c'est attacher à une donnée histologique une importance qu'elle n'a pas et en fausser la signification : quelle que soit l'importance des modifications que les tissus subissent dans leur structure, elles ne peuvent à elles seules servir à déterminer la nature de la maladie. L'exactitude de cette proposition, formulée par Cornil (*Société des hôpitaux*, 1881), n'est nulle part plus évidente qu'en dermatologie : une maladie est caractérisée par sa cause, par sa localisation et par ses symptômes, en même temps que par les altérations qui lui appartiennent. On aurait bien de la peine à séparer la tuberculose de la syphilis et de la morve, ainsi que les différentes affections vésiculeuses, squameuses, bulleuses, pustuleuses et prurigineuses les unes des autres, si l'on n'en connaissait que les lésions histologiques. Nous croyons donc pouvoir conclure de ces faits que *la présence de tissu réticulé dans les tumeurs du mycosis ne peut suffire à établir sa parenté avec la lymphadémie ganglionnaire* ; telle est également l'opinion que formulent Vidal et Brocq dans l'important mémoire qu'ils viennent de publier.

Ce n'est pas à dire, cependant, que la leucémie ne puisse offrir des manifestations cutanées. Nous ne parlerons pas des malades de P. Fabre, de Galliard, de Vidal et de Amicis : il n'y avait chez eux qu'une augmentation relativement peu considérable des globules blancs ; mais il n'en est pas de même de ceux de Philippart, de Biesiadecki et de M. Kaposi : celui de Philippart présentait un grand nombre de tumeurs dont le volume variait de celui d'un noyau de cerise à celui d'une noix ; d'abord sous-cutanées, elles venaient plus tard former un relief à la surface de la peau qui, à leur niveau, était lisse, luisante, d'une couleur acajou ou lie de vin ; des productions semblables s'étaient développées dans les muqueuses des fosses nasales, du voile du palais, de la langue, du pharynx, dans les mamelles et dans les ganglions du cou et de l'aisselle ; elles avaient la structure du tissu adénoïde ; le sang présentait un

excès considérable de globules blancs. Le malade de Biesiadecki avait à la fois, sur le tronc et sur les membres, des tumeurs d'un rouge pâle, lisses, développées dans le chorion, variant du volume d'un grain de millet à celui d'un haricot et constituées par des cellules lymphoïdes.

L'observation de M. Kaposi peut être résumée ainsi qu'il suit :

Une femme de 39 ans, entrant à l'hôpital le 14 janvier 1884, souffre depuis plus d'une année d'un prurit insupportable et offre une éruption qui se rapproche beaucoup de l'eczéma généralisé chronique : teinte brunâtre, état squameux de presque toutes les régions, quelques surfaces humides sur divers points, traces de grattage. Contrairement à l'eczéma vulgaire, celui-là délaisse presque complètement les membres inférieurs et prédomine aux régions supérieures. Mais il existe de plus à la face, au cou, aux régions claviculaires un épaississement considérable de la peau, un œdème dur, diffus du tissu cellulaire sous-cutané, qui paraît être un œdème lymphatique. L'auteur est frappé également de l'anémie très appréciable des téguments, constate la tuméfaction des ganglions cervicaux et inguinaux, et découvre à la main gauche et aux avant-bras des nodosités sous-cutanées. Bientôt il reconnaît la tuméfaction de la rate.

Tandis que l'eczéma s'améliore, on voit apparaître à la face, au tronc et sur les membres, des nodules siégeant dans le chorion ou le tissu sous-cutané ; quelques-uns restent durs pendant que d'autres s'ulcèrent et fournissent du pus crémeux. Il y a dans la marche de ces lymphomes des alternatives ; ils disparaissent à la jambe.

A la face, au contraire, les tumeurs cutanées se multiplient et grossissent ; c'est là que l'œdème dur s'accentue à tel point que la malade devient méconnaissable et que l'hypertrophie des tissus constitue un véritable léontiasis.

La peau est fortement tendue sur les saillies qui occupent la partie supérieure de la poitrine et les régions claviculaires. Il se produit bientôt sur ces points des pertes de substances arrondies, atteignant parfois la dimension d'un thaler, plates, reposant sur un fond rouge vif.

Le sang, examiné par Riehl, d'abord avant que l'on eût constaté le gonflement de la rate, puis plus tard, à trois reprises différentes, contient progressivement moins de globules rouges et plus de globules blancs ; en dernier lieu, on compte, par centimètre cube, 3,800,000 globules rouges et 195,000 globules blancs, chiffres qui indiquent un état prononcé de leucémie.

Il se produit à la fin une anasarque généralisée avec ascite ; le membre inférieur gauche se paralyse subitement ; la malade meurt le 14 juin, cinq mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Rate quatre fois plus grosse qu'à l'état normal. Hypertrophie des ganglions inguinaux et axillaires. Nodules lymphoïdes sous la plèvre et dans le poumon gauches. Altération de la moelle des os.

Sous la peau, outre l'épaississement et l'œdème énorme du tissu cellulaire, on constate des tumeurs lymphoïdes ; elles sont composées d'un stroma à fibres fines, dépourvu de vaisseaux, avec des corpuscules conjonctifs et des noyaux lymphoïdes réunis en amas ; c'est près des globules graisseux que l'on trouve l'infiltration lymphoïde la plus prononcée. Ces tumeurs n'ont pas de limites bien précises. Sur plusieurs points, les éléments lymphatiques envahissent la couche de Malpighi et préparent l'ulcération qui s'effectue à la surface de quelques tumeurs.

Ces faits de Philippart, de Biesiadecki et de Kaposi semblent venir à l'appui de la théorie formulée par Gillot et Ranvier ; mais s'agit-il bien là de cas de mycosis? Les caractères et l'évolution des tumeurs ont-ils été ceux que l'on observe dans la maladie décrite

par Alibert ? Pour juger la question, nous résumerons, d'après Vidal et Brocq, les caractères que celle-ci présente, dans sa forme typique. Elle débute souvent par des lésions superficielles qui rappellent celles de l'eczéma, de l'érythème ou de l'urticaire. Ce sont des taches rosées. ou d'un rouge vif, s'effaçant incomplètement sous la pression du doigt, tantôt isolées, tantôt confluentes, ordinairement planes, quelquefois légèrement saillantes ; elles se recouvrent de squames furfuracées ou lamelleuses; elles provoquent soit un prurit intense qui parfois amène des lésions de grattage, soit une sensation de brûlure. Il se fait alors des éruptions secondaires papuleuses ou vésiculeuses.

Dans une deuxième période, le derme s'infiltre ; le corps papillaire se tuméfie ; les téguments deviennent rugueux ; on voit paraître les plaques lichénoïdes de Bazin, plaques irrégulières, mamelonnées, circonscrites, d'un rouge foncé, donnant au doigt une sensation de rudesse et d'aspérité, susceptibles de s'affaisser et de disparaître pour se reproduire ailleurs. C'est l'existence de ces lésions qui avait conduit Hardy à ranger la maladie parmi les lichens hypertrophiques.

Ces plaques coexistent d'ordinaire avec les taches congestives initiales.

Au bout d'un laps de temps qui peut comprendre plusieurs années, apparaissent les lésions véritablement caractéristiques du mycosis : ce sont des excroissances qui se développent rapidement, soit sur les plaques lichénoïdes, soit sur une des parties qui semblaient saines ; leurs contours sont nets; le plus souvent arrondies, elles peuvent prendre une forme très irrégulière ; tantôt leur base se continue sans transition avec les téguments voisins, tantôt elle se détache brusquement de la surface cutanée. Leur surface est d'abord lisse, comme vernissée, rougeâtre ou violacée quand elles atteignent de grandes dimensions; leur consistance est ferme; elles ne sont pas élastiques ; le prurit des lésions initiales a cessé. A un moment donné, ces tumeurs subissent une évolution rétrograde : les unes s'affaissent et disparaissent sans laisser de traces, quelquefois en peu de jours ; les autres s'ulcèrent ; tantôt la perte de substance est d'abord superficielle, « l'ulcère ne fait qu'effleurer la surface du derme » et donne lieu à une sécrétion peu abondante; tantôt, au contraire, la tumeur devient fluctuante ; il se forme des abcès qui s'ouvrent en plusieurs points. Bazin considère, à juste titre, comme un fait capital, le caractère fugace, capricieux et mobile de ces éruptions, aussi bien dans la période des taches congestives que dans celle des plaques lichénoïdes et des tumeurs mycosiques.

Ce type clinique est nettement caractérisé; il diffère, comme l'indiquent bien Vidal et Brocq, de la sarcomatose cutanée généralisée, et l'on ne peut douter que toutes les observations qui s'y rapportent n'appartiennent à une même maladie.

Nous ne saurions affirmer qu'il en soit de même de la seconde variété admise par Vidal et Brocq, variété dans laquelle les lésions sont beaucoup plus circonscrites, ne forment parfois qu'une ou plusieurs tumeurs bien limitées et semblent offrir un caractère de fixité d'autant plus grand qu'elles sont moins nombreuses ; on n'y observe ni période eczématiforme, ni période lichénoïde. Bazin dit que, dans ces cas, le mycosis s'établit d'emblée à sa troisième période. Vidal et Brocq reconnaissent

que l'on éprouve des difficultés à faire admettre ce type morbide comme distinct cliniquement et histologiquement du sarcome ; ils ajoutent qu'un histologiste non prévenu conclut presque fatalement, de par le microscope, à la nature sarcomateuse de la tumeur ; à côté de points où l'on peut découvrir le réticulum quand on traite les préparations avec soin par le pinceau, il en est d'autres qui sont tout à fait semblables à des tissus sarcomateux et où ce réticulum fait complètement défaut.

Ainsi donc ces tumeurs diffèrent par leur structure de celles du mycosis ; elles ne sont ni précédées ni accompagnées des mêmes symptômes et elles ne présentent pas la même évolution; ne vaut-il pas mieux les en distinguer, alors même qu'il s'agit réellement de néoplasies lymphoïdes ? Nous verrons plus loin que la recherche des micrococcus pourra en décider.

Réduit à sa forme typique, le mycosis fongoïde reste une individualité morbide nettement déterminée et capable de défier toutes les attaques.

Revenons maintenant aux faits dans lesquels on a constaté l'existence d'une leucémie, et recherchons s'ils rentrent dans ce type classique.

Il n'en est pas ainsi du cas de Philippart : l'apparition des tumeurs n'a pas été précédée d'éruptions eczémateuses ni de plaques lichénoïdes ; les néoplasies avaient envahi les muqueuses, ce qui est au moins très exceptionnel dans le véritable mycosis ; elles avaient été d'abord sous-cutanées, alors que dans le mycosis elles semblent débuter par une sorte de végétation du corps papillaire.

Chez le malade de Biesiadecki, on voyait serrés les unes contre les autres à la face et sur le dos, isolés sur la poitrine et sur les membres, de petits nodules du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille, faisant une saillie plate, d'un rouge pâle et lisse ; un petit nombre atteignait le volume d'un haricot ; leur consistance était molle ; l'examen microscopique a montré qu'ils étaient constitués par des cellules lymphoïdes ; ni les caractères de ces tumeurs, ni leur marche, ni les phénomènes concomitants ne permettent d'admettre qu'il se soit agi là d'un véritable mycosis.

Reste l'observation de Kaposi : c'est surtout celle-ci qui, au premier abord, semble appartenir à ce type morbide et venir ainsi confirmer l'opinion de ceux qui en font une forme de lymphadénie ; nous avons vu en effet que la peau avait été pendant des mois le siège d'une inflammation diffuse, et cela sous la forme d'un eczéma avec œdème du tissu cellulaire. Telle n'est pas cependant la conclusion de l'auteur : il considère son observation comme appartenant à une forme morbide nouvelle, qui n'a pas encore été décrite et qui probablement même n'a jamais été observée par d'autres auteurs ; il la désigne sous le nom de *lymphodermie pernicieuse;* malheureusement il ne spécifie pas les caractères cliniques qui la différencient du mycosis fongoïde ; il invoque surtout l'existence de la leucémie et des lymphomes viscéraux ; mais ce n'est pas là une raison suffisante pour séparer les deux maladies, puisque l'on a trouvé dans plusieurs cas de mycosis une augmentation notable du nombre des globules blancs et que l'absence de leucémie vraie dans cette maladie paraissait en contradiction avec la structure de ses tumeurs. D'autre part, l'existence chez la malade d'un eczéma persistant et les caractères histologiques des néoplasies cutanées peuvent être encore invoqués en faveur du mycosis. Si nous cher-

chons les arguments que l'on peut faire valoir à l'appui de l'opinion du professeur Viennois, en dehors de sa grande autorité, nous les trouvons surtout dans les caractères des tumeurs : une partie d'entre elles étaient sous-cutanées, tandis que les néoplasies mycosiques semblent se développer, surtout au début, dans le corps papillaire; leurs contours n'étaient pas nettement délimités; la peau ne présentait aucune altération au niveau des plus petites de ces tumeurs, et elle était seulement tendue au niveau des moyennes; elle n'était rouge que sur quelques nodosités de gros volume; enfin, l'aspect général du malade, tel qu'on peut se le représenter d'après la figure publiée par l'auteur, différait notablement de celui que l'on observe dans les cas typiques de mycosis, et dont la planche annexée au mémoire de Geber et surtout plusieurs moulages de Saint-Louis donnent une fidèle représentation. Ces différences suffisent-elles pour justifier la séparation radicale que l'auteur établit entre les deux maladies? N'y a-t-il pas là des formes différentes d'un même état morbide? Nous ne pouvons que poser la question; mais il semble bien que l'on pourra y répondre en toute certitude, lorsque des faits semblables viendront à se présenter, car il paraît résulter des travaux d'Auspitz et de Rindfleisch que les lésions du mycosis ont un *caractère distinctif d'une valeur absolue*, nous voulons parler de la présence de *micrococcus* d'une nature particulière.

La malade d'Auspitz présentait la forme typique du mycosis, caractérisée d'abord par un eczéma chronique, puis, après plusieurs années, par l'apparition de tumeurs fongueuses, dont l'aspect rappelait celui de champignons et de framboises et qui étaient constituées par une prolifération irrégulière et excessive des éléments conjonctifs. Il s'agissait pour Auspitz de ces néoplasies qu'il range sous le nom de *granulomes fongoïdes* dans la classe des *chorioblastoses*, c'est-à-dire des maladies de la peau qui sont liées à la prolifération anormale des éléments conjonctifs du derme. Nous avons vu que, depuis plusieurs années, il tendait à les considérer comme étant de nature infectieuse. L'examen microscopique pratiqué par Hochsinger est venu confirmer pleinement sa manière de voir. Ces préparations ont été colorées par le lithion carmin et le vert de malachite. A un grossissement peu considérable, les faisceaux conjonctifs paraissent colorés en rouge et l'on voit entre eux une masse d'un vert grisâtre ou sombre que constituent soit des cellules, soit une substance amorphe granuleuse. A un plus fort grossissement, on reconnaît la présence, entre les faisceaux épais de tissu conjonctif, d'un tissu de même nature, mais de nouvelle formation, constitué par des fibrilles très fines, et riche en cellules rondes, fusiformes ou épithélioïdes; les fibrilles et une partie des amas de cellules semblent recouverts d'une fine poussière.

Les préparations sont ensuite colorées d'après la méthode de Gram, avec le violet de gentiane puis avec le brun de Bismarck. On voit alors en grand nombre des stries et des amas granuleux d'une couleur pourpre violet, que l'examen avec l'objectif à immersion et l'éclairage Abbé montre constitués par d'innombrables *coccus* serrés les uns contre les autres, tellement nets que l'on croirait avoir sous les yeux une culture du champignon. Ces coccus sont tous ronds, d'un volume égal et disposés en courtes chaînes ou en amas; ils mesurent de 0,9 à 1-2 micromilli-

mètres; ils se groupent d'habitude en diplococcus, avec un interstice à peine appréciable entre les éléments; très souvent ils forment des séries de streptococcus; on compte de 3 à 5 de ces éléments. Il n'est pas rare que leur groupement prenne l'aspect de la sarcine ou celui d'un triangle dont chaque angle est formé d'un coccus.

Les séries de diplococcus se réunissent par place en petits amas arrondis, composés de 20 à 30 paires d'éléments, mais jamais elles ne forment de zooglées.

On voit aussi des petites colonnes longues de 3 à 4 μ et larges de 1 μ. Une observation superficielle ou l'emploi d'un grossissement insuffisant peuvent les faire prendre pour des bacilles; ce sont en réalité des groupes de coccus; on voit les interstices qui les séparent. Il n'y a jamais de bacilles.

L'absence de capsules d'enveloppe et de zooglées, la forme arrondie et le volume constant de ces micrococcus les différencient de ceux que l'on rencontre dans les autres maladies.

Les micrococcus pénètrent dans les cellules rondes et épithéliales, ainsi que dans les follicules pileux et les cheveux eux-mêmes. On les trouve également dans les squames des parties qui semblent atteintes seulement d'eczéma, et c'est là un fait important, car il prouve que *l'éruption superficielle du début porte déjà le caractère de la maladie.*

Mais la découverte du micro-organisme dans les tissus morbides ne suffit pas à prouver qu'il est la cause de la maladie, il faut encore établir qu'il s'y rencontre constamment, qu'il peut être cultivé, que le produit de culture peut être inoculé et qu'on le retrouve dans tous les produits morbides qui résultent de l'inoculation.

Les cultures du micrococcus étudié par Hochsinger ont été faites par Schiff : une parcelle de suc de tissu malade a été transportée dans de la gélatine ; le dixième jour sa surface était devenue trouble, et ce trouble s'étendait de plus en plus, de telle sorte que bientôt il se formait une couche d'un gris blanchâtre. Cette culture-mère a servi à d'autres cultures dans la gélatine ou sur des pommes de terre stérilisées, et celles-ci ont été également fertiles.

Les organismes ainsi obtenus étaient identiques aux micrococcus pris sur le sujet. Le produit de culture a été enfin inoculé à un jeune chat et l'on a retrouvé le même élément dans la lésion locale qui s'est produite : la démonstration est donc complète.

Rindfleisch est arrivé en même temps qu'Auspitz à considérer le mycosis fongoïde comme une maladie parasitaire. Chez un sujet qui avait présenté les signes classiques de cette maladie, il a trouvé, dans les parties atteintes, un streptococcus qui paraît être le même que celui d'Auspitz ; il y a cependant une différence importante dans la description des deux auteurs : tandis qu'Auspitz a surtout observé ses micrococcus dans les interstices des éléments, Rindfleisch assure qu'ils occupent exclusivement les vaisseaux. Sa description peut être résumée ainsi qu'il suit : les capillaires du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, au niveau des tumeurs mycosiques, renferment un streptococcus spécial dont les colonies forment des masses oblitérantes; c'est là le point de départ de toutes les lésions ; dans les vaisseaux non complètement oblitérés, on trouve des chapelets formés de 15 à 20 de ces éléments et

terminés par un coccus plus volumineux et brillant; Rindfleisch, pour les étudier, a employé la méthode de Gram. Il n'y a pas de coccus en dehors des vaisseaux. On en trouve dans les capillaires du foie et des poumons. Ce microbe est rare, et peut-être non décrit jusqu'ici. En gênant la circulation, il amène une accumulation de globules blancs, qui forment une infiltration superficielle sur les limites du corps papillaire, dans la partie du derme d'où partent les anses vasculaires destinées aux papilles et prend l'aspect d'un nodule; les parties les plus infiltrées sont celles qui contiennent les agglomérats de micrococcus le plus considérables. On trouve aussi des globules blancs accumulés dans les couches profondes de la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On peut s'expliquer l'évolution rétrograde que subissent certains nodules par ce fait que les colonies de streptococcus ont abandonné les territoires vasculaires autour desquels s'étaient groupés les globules blancs.

Il s'agit en somme d'une inflammation spécifique comparable à celles de la tuberculose, de la lèpre et de la syphilis. Si les néoplasies présentent de l'analogie avec les sarcomes, c'est que leur substratum anatomique est le même, et que les éléments ne peuvent réagir et s'altérer que suivant certains modes; la différence essentielle entre ces affections réside dans *l'étiologie.*

Il paraît acquis dès à présent que *le mycosis, dans sa forme typique, reconnaît pour cause particulière la présence dans le tégument externe de micrococcus.* La grande autorité des deux auteurs qui les ont découverts, l'identité des caractères qu'ils leur attribuent, leur accumulation dans les parties les plus malades ne peuvent guère laisser de doute à cet égard.

C'est là un fait considérable; il jette un jour tout nouveau sur la nature de la maladie; on peut prévoir qu'il fournira la solution des différentes questions que nous avons eu à discuter; l'examen histologique montrera si les tumeurs apparues, sans avoir été précédées des phases eczémateuses et lichénoïdes, contiennent ces micrococcus et doivent rentrer dans le mycosis; il permettra de dire en connaissance de cause s'il y a des rapports entre cette maladie et la leucémie, et s'il y a lieu de lui rattacher les faits semblables à celui que vient de publier Kaposi; et enfin si, ce qui ne nous paraît pas douteux, on peut reconnaître pendant la vie le micrococcus, on possède désormais un critérium qui permet de diagnostiquer le mycosis comme le bacille permet de diagnostiquer le tubercule; le progrès est considérable; on peut espérer que, grâce à lui, les dissentiments que l'on a pu regretter jusqu'ici dans les discussions relatives à la nature de cette maladie vont enfin cesser.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1885.

A

Abcès. — Leçon sur les abcès par congestion et leur traitement, par George Cowell. (*Brit. med. journ.*, p. 977, mai.) — Des abcès froids du tissu cellulaire, par Nicaise. (*Rev. de chir.*, juin.) — Deux observations d'abcès froids exceptionnellement multiples et étendus, guéris par le grattage, la cautérisation et le pansement à l'iodoforme, par Pozzi. (*Gaz. méd. de Paris*, 25 avril.) — Injections d'éther iodoformé dans les abcès froids, par Verneuil. (*Rev. de chir.*, mai.) — Un cas d'abcès pelvien aigu, par W. Potter. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 11 juillet.)

Abdomen. — Leçon sur les récents progrès de la chirurgie abdominale, par G. Wheelhouse. (*Brit. med. journ.*, p. 765, avril.) — Abcès de la paroi abdominale contenant une côte de lapin. Guérison sans fistule stercorale, par Jagot. (*Progrès médical*, 13 juin.) — Abcès de la paroi abdominale, empyème ; mort, par Fred. Taylor. (*Med. Times*, 2 mai, p. 577.) — De l'importance de la paracentèse précoce dans le traitement de l'ascite, par E. Drummond. (*The practitioner*, juillet.) — Des affections chroniques de l'ascite moyenne, par Martin. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — De l'incision exploratrice dans les tumeurs abdominales vraies ou simulées, par Terrillon. (*Ann. de gynécol.*, mai.)

Accouchement. — Statistique de la mortalité de la nouvelle clinique d'accouchements au point de vue de la fièvre puerpérale et de la méthode antiseptique, par Leroy. (*Thèse de Paris*, 18 juin.) — Manuel d'accouchement et de pathologie puerpérale, par A. Corre. (In-18, p. 648, Paris.) — Après combien de temps, après avoir été en contact avec des malades atteintes de septicémie, peut-on reprendre la pratique des accouchements, par French. (*Journ. of the americ. med. assoc.*, 4 juillet.) — De l'emploi de l'eau chaude pendant la grossesse et l'accouchement, par Auvard. (*Bull. gén. de thérap.* nº 5.) — De la version podalique partielle par manœuvres internes et externes, par Doléris. (*Ann. de gynécol.*, mai.) — Des indications et des difficultés de la version céphalique par manœuvres externes, par Lanchamp. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Accouchement dans un cas de rétrécissement cicatriciel du vagin, par N. Souvortzoff. (*Méd. Obosrénié*, nº 10.) — Accouchement dans un cas d'utérus biloculaire et de vagin double, par V. Kémarsky. (*Vratch*, nº 21.) — De l'accouchement prématuré

artificiel au moyen du courant induit, par J. Syromiatnikoff. (*Vratch*, n° 24.)

Acétonurie. — De l'acétonurie et de la diacéturie, par R. von Jaksch. (Berlin.)

Addison (Mal. d'). — Maladie bronzée d'Addison, par Spannocchi. (*Gaz. d'Ospitali*, n° 5.) — Maladie d'Addison, tuberculose des capsules surrénales et du corps thyroïde, adhérences de l'estomac à la capsule surrénale gauche, mort par le choléra, par Jardet. (*Soc. anat.*, 21 nov. 1884.) — Note préventive sur un cas de maladie d'Addison, par Rapisardi. (*Rivista clin. e terap.*, mars.)

Aérothérapie. — Histoire et importance de l'aérothérapie en médecine, par Farano. (*Gazz. delle Cliniche*, Turin, n° 15.) — Leçons sur les bains d'air comprimé et son emploi thérapeutique, par Theodore Williams. (*Brit. med. Journ.*, p. 69, avril.)

Air. — Sur la présence de l'acide sulfureux dans l'atmosphère des villes, par Witz. (*Acad. des sciences*, 2 juin.)

Albuminoïdes. — Sur la formation des créatines et des créatinines, par Duvillier. (*Acad. des sc.*, 30 mars.)

Albuminurie. — Étude de l'albuminurie, par Riva. (*Gazz. d'Ospitali*, n° 8.) — Quelques expériences sur la pathogénie de l'albuminurie, par Tizzoni. (*Gazz. d'Ospitali*, n° 2.) — Le réactif le plus sensible de l'albumine, par Millard. (*Med. Record*, New York, n° 14.) — De la fausse albuminurie, par G. Griswold. (*New York med. Journ.*, 17 janvier.) — Sur un cas d'albuminurie intermittente sans trouble apparent de la santé, par Merklen. (*France médicale*, 25 juin.) — Du régime alimentaire chez les albuminuriques, par Nollet. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.)

Alcoolisme. — Les paralysies alcooliques. (*Rev. méd.*, 18 juillet.) — Intoxication chronique par l'alcool, l'absinthe et le vulnéraire, par Casanova. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Sur le traitement de l'alcoolisme par les injections de sulfate de strychnine à haute dose, par Jounet et Bonnaud. (*Bull. gén. de thér.*, n° 4.)

Aliénation. — De l'enseignement de la médecine mentale aux étudiants, par Moore. (*Journ. of mental science*, avril.) — De l'accroissement de la folie en Irlande, par Thomas More Madden. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 303, octobre 1884.) — De la responsabilité au point de vue mental, par Brossier. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Mensuration de la durée des processus psychiques élémentaires chez les aliénés, par V. Tschige. (*Vratch*, n° 19.) — Le tatouage chez les aliénés, par Severi. (*Arch. di psichiatria*, VI.) — Réactions de l'ouïe aux excitations électriques chez les aliénés par Buccola. (*Riv. sper. di freniatria* XI, 1.) — Des analogies entre la folie à deux et le suicide à deux, par Chpolianski. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De la folie à deux, par Portaz. (*Thèse de Lille*, n° 12.) — Manie aiguë consécutive à une opération chirurgicale, par Robert Birch. (*Brit. med. Journ.*, p. 695, avril.) — Observation de démence sénile, par Henri Kennedy. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 407, mai.)

Alimentation. — De l'alimentation envisagée au point de vue physiologique en particulier à l'hôpital et dans les établissements publics de la ville du Havre, par Montagne. (*Thèse de Paris*, 8 juillet.) — Lavements alimentaires par l'entéroclisme, par Muselli. (*Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 15 mai.)

Allaitement. — L'allaitement à la nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés, par Wins. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.)

Amputation. — L'amputation de Chopart, par Le Fort. (*Gaz. des hôp.*, 23 juillet.) — Arthrite traumatique dégénérant en tumeur blanche, carie du scapulum, ostéomyélite de l'humérus, ablation du bras avec extirpation totale de l'omoplate, par Bérenger Féraud. (*Arch. de méd. nav.*, avril.)

Amygdale. — Un cas d'épithelioma primitif des amygdales, par Donaldson. (*Med. Record*, n° 10.)

Anatomie. — Aide-mémoire d'anatomie, muscles, ligaments, vaisseaux, nerfs, par Alexis Julien. (In-12, Paris.) — Traité d'anatomie topographique, par Fr. Merkel, 1re livraison. (Braunschweig.)

Anémie. — Un cas d'iléotyphus et d'anémie pernicieuse, par Holst. (*St-Petersburger Wochenschrift*, n° 1.)

Anesthésie. — Sur une espèce d'anesthésie artificielle sans sommeil et avec conservation parfaite de l'intelligence, des mouvements volontaires, des sens et de la sensibilité tactile, par Brown-Séquard. (*Acad. des sciences*, 2 juin.) — Statistiques des accidents de mort par anesthésiques en 1884, par Ernest Jacob. (*Brit. med. Journ.*, p. 887, mai.) — Sur l'appareil du Dr Dubois pour les anesthésies par les mélanges titrés de chloroforme et d'air par P. Bert. (*Acad. des sciences*, 22 juin.) — De l'éthermanie, par Beluze. (*Thèse de Paris,* 20 juin.) — Des causes de la mort dans la chloroformisation et des moyens de la prévenir, par Struve. (*La Presse méd. belge*, 14 juin.) — L'atropine comme remède dans la narcose par l'éther, par Amidon. (*New York med. Record*, n° 18.)

Anévrisme. — Anévrisme aortique communiquant avec l'oreillette droite, par Ruetle. (*Berl. klin. Woch*, 9 juin 1884.) — Des anévrismes de l'artère pulmonaire, par Cornet. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Double anévrisme des parois du cœur, par Médail. (*Bull. de la Soc. d'anat. et phys. de Bordeaux*, 14 avril). — Des signes physiques des anévrismes artériels et particulièrement des anévrismes intra thoraciques, par Bermont. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Note à propos d'un cas d'anévrisme de l'aorte abdominale, par Simonpietri. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Anévrisme de l'aorte abdominale : compression digitale pendant 4 heures 3/4 sous le chloroforme. Guérison de l'anévrisme ; mort par gangrène du jejunum le onzième jour (oblitération de l'artère mésentérique), par John Lunn et Benham. (*Brit. med. journ.*, p. 783, avril.) — Énorme anévrisme faux du flanc droit communiquant avec un anévrisme vrai de l'aorte abdominale, par G. Shattuck. (*Boston med. and surg. Journal*, 9 avril.) — Anévrisme de l'aorte thoracique descendante ; symptômes d'occlusion intestinale par paralysie de Pflüger probable ; mort, par Morelli. (*Rivista clin. e terapeut.*, avril.) — Des oblitérations artérielles, consécutives aux anévrismes de l'aorte, par Couly. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Ligature de la carotide et de la sous-clavière pour un anévrisme innominé, par Barwell. (*Med. Times*, 31 janvier, p. 163.) — Anévrisme traumatique de l'axillaire, ligature de la sous-clavière ; ouverture ultérieure du sac, guérison, par Mc Murphy. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 11 juillet.) — Anévrisme inguinal, ligature de l'iliaque externe entre deux fils de queue de tendon de kanguroo, guérison, par Walsham. (*Br. med. Journ.*, p. 893, mai.) — Anévrisme de l'artère fémorale, ligature de l'iliaque externe ; guérison, par Joseph Thompson. (*Ibid.*, p. 890, mai.) — Anévrisme de l'artère poplitée, par Petit. (*Soc. d'anat. de Bordeaux*, 24 février.) — Deux cas d'anévrisme poplité, ligature de l'artère fémorale, guérison, par W. Baigent. (*Brit.

med. Journ., p. 942, mai.) — Anévrisme poplité, ligature, guérison, par Morelli. (*Il Morgagni*, nº 2.)

Angine. — Étude critique sur l'angine de Ludwig, par Bœhler. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

Angiome. — Angiome de la face et des paupières, guéri par l'électrolyse, par Leplat. (*Ann. de la Soc. méd. de Liège*, 5 février.) — Contribution à l'étude de l'angiome caverneux, par Campart. (*Bull. de la clin. nat. des Quinze-Vingts*, II, nº 4, p. 186.)

Anthrax. — Du traitement rationnel de l'affection furonculeuse, par Gingeot. (*Bull. gén. de thérap.*, février et mars.) — Anthrax malin de la lèvre inférieure chez une femme de 37 ans, mort rapide, par Magrath. (*Brit. med. journ.*, p. 1154, juin.)

Anthropologie. — L'atavisme chez l'homme, par R. Blanchard. (*Rev. d'anthropol.*, 15 juillet.) — La notion de race en histoire, par Laumonier. (*Rev. scientif.*, 25 juillet.) — Craniologie des habitants de Vienne, par Bianchi. (*Arch. per l'anthrop.*, XIV, 3.)

Antiseptique. — Action des antiseptiques sur les organismes inférieurs; iodure et chlorure mercuriques, par Mairet, Pilatte et Combemal. (*Acad. des sciences*, 2 juin.) — Action des antiseptiques sur les organismes supérieurs, acide thymique, par Mairet, Pilatte et Combemal. (*Acad. des sc.*, 22 juin.) — Action des antiseptiques sur les organismes supérieurs : acide phénique, résorcine, par Mairet, Pilatte et Combemale. (*Acad. des sciences*, 20 juillet.) — De la médication antiseptique, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. général de thérapeutique*, 15 février.) — Emploi de la pulvérisation antiseptique dans le traitement de l'érysipèle et des brûlures étendues, par Verneuil. (*Ibid.*, 28 février.)

Anus. — De la fissure anale ou fissure véritable de l'intestin, par Atkinson. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 11 juillet.) — Observation de colotomie, par Thomas Simpson. (*Brit. med. Journ.*, p. 1039, mai.) — Deux cas de gastro-entérotomie, par A. Matvéieff. (*Vratch*, nº 20.)

Aorte. — De l'oblitération de l'aorte abdominale, par Cammareri. (*Il Morgagni*, nº 1.) — Foyers athéromateux ouverts dans l'aorte, hémorragies multiples, par Tissier. (*Soc. anat.*, 21 nov. 1884.)

Appareils. — Présentation d'instruments et d'appareils destinés au traitement des maladies de l'oreille et du nez, par Delstanche. (*Bull. acad. de méd. de Belgique*, XIX, nº 5.)

Artère. — De l'inflammation de l'artère pulmonaire en rapport avec l'athérome, par Rattone. (*Giorn della Accad. di med.*, Turin, janvier, février.) — Observation d'obstruction des artères et des veines durant plusieurs années, par Hadden. (*Brit. med. Journ.*, p. 989, mai.) — De l'artérite chronique généralisée, par Massalongo. (*Riv. Veneta di sc. med.*, nº 1.)

Articulation. — Des arthropathies de l'articulation tibio-tarsienne, par Oudar. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — De l'arthrite déformante de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et des déviations consécutives, par Delarocheaulion. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Corps mobile de l'articulation du genou, par Berthod. (*Gaz. méd. de Paris*, 11 juillet.) — De la coxalgie et de son traitement précoce, par John Croft. (*Brit. med. journ.*, p. 1143, juin.) — Du traitement des abcès par affections de la hanche, par A. Judson. (*New York med. Journ.*, 31 janvier.)

Asphyxie. — Deux cas de maladie de Raynaud (asphyxie des extrémités), par Colcott Fox. (*Brit. med. Journ.*, p. 1100, mai.)

Asthme. — Folie alternant avec l'asthme spasmodique, par Norman. (*Journ. of mental science*, avril.) — L'asthme lipocardiaque, par Cantani. (*Il Morgagni*, n° 2.) — Pathogénie et étiologie de l'asthme, par Rizzo. (*Boll. delle sc. med. Bologne*, avril.) — La guérison de l'asthme, par Faulkner. (*Med. Record*, n° 4.) — Du traitement de l'asthme nervo-pulmonaire et de l'asthme cardiaque par la pyridine, par G. Sée. (*Acad. des sciences,* 2 juin.)

Athétose. — Un cas d'athétose bi-latérale, par A.-G. Barrs. (*Med. Times*, 31 janvier.) — Observation d'athétose insolite, par Seymour Sharkey. (*Brain*, p. 85, avril.) — De l'athétose, par Duguet. (*Gaz. des hôpitaux*, 23 juillet.)

Avortement. — L'avortement provoqué, par Balestrini. (*Arch. di psichiatria*, tome VI.) — L'avortement dans ses rapports avec la dépopulation de la France, par Wœhling. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

B

Balnéothérapie. — Du rôle et du mode d'emploi des bains de mer dans les affections chroniques, par B. Fromm. (4e édition, Norden.) — De la douche froide sur les pieds et de ses usages, par Caulet. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mars.)

Bassin. — Développement et structure du bassin chez les hémicéphales, par A. Garine. (*Yégén. klin. Gazeta*, n° 19.)

Bériberi. — Sur l'anatomie pathologique et la pathogénie du bériberi, par Guinon. (*Progrès médical*, 14 avril.)

Biliaires (Voies). — 1° Angiochiolite suppurée par cholélithiase ; 2° angiocholite avec dilatations kystiformes très probablement d'origine calculeuse chez une tuberculeuse, par Mayet. (*Lyon méd.*, 31 mai, p. 160.) — Des concrétions calcaires et phosphatiques de la vésicule biliaire, par Ricard. (*Thèse de Paris*, 17 juin.) — Calculs biliaires, perforation du duodénum, abcès, par Peters. (*New York surg. soc.*, 28 avril.) — Des fistules hépatho-bronchiques consécutives à la lithiase biliaire, par Fouche. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De la taille biliaire, par Duriau. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.)

Blennorragie. — Le gonococcus de Neisser dans le diagnostic de la blennorragie, par Ferrari. (*Giorn. di med. milit.*, avril.) — Le microorganisme des affections blennorragiques des muqueuses (Gonocoque de Neisser) d'après des recherches chez la femme et sur la conjonctive des nouveau-nés, par Ernest Bumm. (*Wiesbaden.*) — Folliculite blennorragique, par Mibelli. (*Boll. della Soc. tra i cultori, Siena*, n° 3.) — Moyen facile et rapide de guérir l'orchiépididymite blennorragique, par l'emplâtre de Vigo et le suspensoir ouaté, par Stocquart. (*Ann. de dermat.*, p. 20.)

Bronche. — La bronchosténose catarrhale diffuse et ses rapports avec l'emphysème et l'asthme réflexe, par Cantani. (*Il Morgagni*, avril.) — Sclérose pulmonaire et dilatation bronchique, par Tronchet. (*Bull. de la soc. d'anat. de Bordeaux*, 10 mars.)

C

Cancer. — Psoriasis, verrue, et épithélioma consécutif, par J. White. (*Am. Journ. of the med. sc.*, janv., p. 163.) — Cancer secondaire de l'aisselle, désarticulation de l'épaule; hémiplégie subite avec aphasie; mort, par Stimson. (*N. York surg. soc.*, 12 mai.)

Cerveau. — Détermination de la quantité d'eau contenue dans la substance grise et blanche du cerveau, par de Regibus. (*Ann. di chimica*, fév.) — Note sur la division des circonvolutions frontales, par Chiarugi. (*Boll. della soc. tra i cultori, Siena*, n° 1.) — Les vaisseaux sanguins du cerveau à l'état de santé et de maladie, par H. Obersteiner. (Traduction in *Brain*, p. 289, octobre 1884.) — Du poids des lobes cérébraux frontaux, occipitaux et pariétaux, d'après le registre de Broca, par Philippe Rey. *Rev. d'anthrop.*, 15 juillet.) — Structure histologique de la glande pinéale, par Cianini. (*Riv. sper. di freniatria*, XI, 1.) — Morphologie histologique des circonvolutions frontales, par Roscioli. (*Riv. sper. di freniatria*, XI, fasc. 1.)— Contribution à la physiologie du cerveau, par Arthur Christiani. (*Berlin.*) — Circulation cérébrale chez l'homme, par Musso et Bergesio. (*Riv. sper. di freniatria*, XI, fasc. 1.) — L'excitabilité cérébrale après décapitation; nouvelles expériences sur un supplicié, par Laborde. (*Rev. scientif.*, 25 juillet.) — Mécanique de la locomotion du cerveau, par Venture. (*Riv. sper. di freniatria*, XI, fasc. 1.)—Recherches expérimentales sur la nature de la cause objective de la sensation, par John Haycraft. (*Brain*, p. 191, juillet.) — Observations sur l'inflammation traumatique expérimentale du tissu cérébral, par Mondino. (*Giorn. della r. accad. di med. Turin*, janv.-fév.) — Recherches relatives à la durée de l'excitabilité des régions excito-motrices du cerveau proprement dit après la mort, par Vulpian. (*Acad. des sciences*, 20 juillet.) — Lésion corticale avec monoplégie, par Mickle. (*Journ. of mental science*, avril.) — Essai d'une localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée, par Hallopeau. (*Union médicale.*) — Observation de localisation cérébrale dans un cas d'ostéite syphilitique du crâne, par Brissaud. (*Progrès médical.*) — Hémi-anesthésie par maladie congénitale du cerveau, par Althaus. (*Med. Times*, 31 janv., p. 161.) — Sur l'aphasie dans ses rapports avec la perception, par Grashey. (*Sits. d. phys. med. Ges. zu Würzburg*, p. 129, 1884.) — Aphasie par logoplégie (embolie et ramollissement sous-cortical de la troisième circonvolution frontale gauche et d'nne portion de l'insula) chez une malade atteinte d'affection cardiaque, par Fedeli. (*Rivista clin. e terap.*, juin.) — Contribution à l'étude des localisations cérébrales; paralysie gauche suite de fracture du pariétal droit, amblyopie, par Filia. (*Riv. intern. di med.*, avril.) — Contribution à l'étude des localisations cérébrales, par Marchisio. (*Gazz. delle cliniche, Turin*, n° 23.) — De l'aphasie, par Lichtheim. (Traduction in *Brain*, p. 433, janv.) — Le pouls lent bulbaire, par Rusconi. (*Gazz. degli ospit.*, n° 30.) — Hémiplégie, par Th. Shore. (*The practitioner*, juin.) — Sur un cas de ramollissement étendu du cerveau, avec sclérose descendante de la colonne latérale, par G.-N. Pitt. (*Guy's hosp. Rep.*, p. 351.) — De la sclérose cérébrale, par Grancher. (*Gaz. des hôp.*, 4 juin.) — Traitement de l'embolie et de l'hémorragie cérébrales par l'usage interne du carbonate d'ammoniaque, par Van Wyck. (*Med. News*, p. 673, 13 juin.) — Études de microcéphalie, par

Giacomini. (*Arch. di psichiatria*, tome VI.) — Arrêt considérable de la croissance dans un cas d'hydrocéphalie chronique, par Livius Fürst. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, XCVI, H. 3, p. 363.) — Un cas d'hydrencéphalocèle, par Hirigoyen. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 3 mai.) — Gliôme du cerveau, par Daurios. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 31 mars.) — Glio-ostéome cérébral et gliome cérebelleux, par Gasparini. (*Il Morgagni*, n° 2.) — Des vésicatoires dans le traitement des symptômes céphaliques produits par des lésions crâniennes, par C. Handfield Jones. (*Med. Times*, 11 avril.)

Cervelet. — Observations de ramollissement cérébelleux avec titubation, par Weill. (*Lyon méd.*, 7 juin.) — Des lésions du cervelet; symptomatologie et diagnostic, par Le Large. (*Thèse de Paris*, 18 juin.) — Absence de cervelet chez une fille de 15 ans, par Shuttleworth. (*Brit. med. Journ.*, p. 993, mai.)

Césarienne (Op.). — Etude critique sur l'opération césarienne et sur l'opération de Porro, par Boudon. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Opération césarienne. Observation, par Thomas Dolan. (*Brit. med. Journ.*, p. 1036, mai.)

Charbon. — Traitement local de la pustule maligne par le sublimé corrosif, par Romei. (*Gazz. d'Ospitali*, n° 18.) — Notes sur cinq cas de pustule maligne et un cas d'œdème charbonneux, par Medini. (*Boll. de sc. med. Bologne*, avril.) — Sur la nature des transformations que subit le virus du sang de rate atténué par culture dans l'oxygène comprimé par Chauveau. (*Acad. des sciences*, 13 juillet.)

Choléra. — Le microbe du choléra, par Luconi. (*Arch. clin. ital.*, n° 24.) — Les recherches récentes sur le microbe du choléra, par Picot. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 3 mai.) — Remarques sur l'état actuel de nos connaissances au sujet du bacille en virgule de Koch, par Klein. (*Brit. med. journ.*, p. 693, avril.) — Recherches anatomiques et expérimentales sur le choléra épidémique, par Doyen. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Le peronospora Ferrani et la vaccination cholérique, par Capitan. (*Progrès méd.*, 13 juin.) — Atténuation du virus cholérique, par Nicati et Rietsch. (*Acad. des sciences*, 13 juillet.) — Sur le choléra et son traitement, par Trainier. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mai.) — Un petit appendice sur l'histoire du choléra en 1884, par Garnier. (*Ibid.*, 15 nov. 1884.) — Note à propos du choléra de Nantes, aux pavillons d'isolement de Saint-Jacques, par Bonamy. (*Ibid.*, 15 déc. 1884.) — Sur l'étiologie du choléra envisagée dans ses rapports avec la prophylaxie des campagnes, par Cloez. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — La théorie de Pettenkofer sur le choléra et les épidémies de 1873 et 1884 à Naples, par Spatuzzi. (*Il Morgagni*, n° 3.) — Note sur le choléra indien, par Strambio. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, n° 1.) — Notes cliniques et thérapeutiques sur le choléra, par Minola et Beretta. (*Ibid.*, n° 2.) — Etiologie et traitement du choléra, par Petrone. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, n° 7.) — Le choléra à Spezzia, par Fiorani. (*Giorn. di med. milit.*, n° 3.) — Du choléra à Paris en 1884, par Colin. (*Arch. de méd. militaire*, 16 avril.) — De la broncho-pneumonie cholérique, par Dubreuilh. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Moyens thérapeutiques pour la prophylaxie et le traitement du choléra, en admettant que le microbe cholérigene est un organisme végétal, par Crespi. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, n° 4.) — Le choléra à Strasbourg dans les épidémies de 1849, 1854 et 1855, par Strohl. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er mai.) — L'entéroclisme tannique chaud et les lavements d'acide tannique dans le traitement du choléra, par Vitone. (*Il morgagni*, n° 1.) — Les vaccinations anticholériques en Espagne, par de Varigny. (*Rev. scientif.*, 20 juin.) — Recherches sur

la pathologie et le traitement du choléra, par LAUDER BRUNTON et PYE SMITH. (*The practitioner*, janvier-juin.) — Sur la prophylaxie du choléra au moyen d'injections hypodermiques de cultures pures de bacilles virgules, par FERRAN. (*Acad. des sciences*, 13 juillet.) — Des injections sous-cutanées d'éther dans le traitement du choléra, par LARTIGUE. (*Arch. de méd. et pharm. militaires*, 16 août.) — Note sur le traitement du choléra, par MAYER. (*Annales de la Soc. de médecine d'Anvers*, avril.) — Compte rendu thérapeutique du service cholérique de Conocchia, par CARO, MONTEPESCO et BIFULCO. (*Il Morgagni*, n° 3.)

Chorée. — Observations d'hémichorée accompagnée d'élévation de la température des parties atteintes, par HOBART AMORY HORE. (*Boston med. and surg. journal*, 2 avril.) — De la chorée, par MARAGLIANO. (*La riforma med.*, 28 avril.) — Sur l'hémichorée symptomatique, par BIANCHI. (*La medicina contempor.*, fév.) — Mouvements choréiformes datant de l'enfance chez une femme de 22 ans. (Observation de sclérose cérébrale avec athétose), par W. HADDEN. (*Brit. med. journ.*, p. 698, avril.) — Nature et traitement de la chorée, par SARIC. (*Thèse de Paris*, 19 juin.) — De la nature et du traitement de la chorée, par JOFFROY. (*Progrès médical*, 30 mai.)

Choroïde. — Anomalie congénitale remarquable de la choroïde, par A. KHODINE. (*Viéstnik oftalmol.*, n° 2.) — Du cancer métastatique de la choroïde, par HIRSCHBERG et BIRNBACHER. (*Arch. f. Ophth.*, Bd. 30 *ter* Abth. 4.) — Contribution à l'histologie de la choroïde, par FONTAN. (*Recueil d'ophtalmologie*, n° 1, p. 85, janvier.)

Cimetières. — L'arsenic du sol des cimetières au point de vue toxicologique, par SCHLAGDENHAUFFEN et GARNIER. (*Acad. des sciences*, 2 juin.)

Cocaïne. — Action de la cocaïne, par RICHARD. (*Acad. des sciences*, 2 juin.) Action biologique et thérapeutique de la cocaïne, par LIVICRATO. (*La riforma med.*. 30 avril.) — L'Erythroxylum coca et la cocaïne, par FEIGNEAUX. (Broch., Bruxelles.) — De l'emploi de la cocaïne en thérapeutique oculaire, par DARIER. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 novembre 1884.) — Recherches historiques, expérimentales et thérapeutiques sur la coca et son alcaloïde, par BEUGNIES CORBEAU. (*Ibid.*, 30 décembre 1884.) — Sur l'action physiologique de la cocaïne, par SIGRICELLI. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 29.) —De la cocaïne, par A. COURTADE. (*Bull. gén. de thérapeut.*, 15 juin.)—La cocaïne, par ALBERTONI et GUARESCHI. (*Ann. di chimica*, fév.)—De l'action anesthésique de la cocaïne, par BORSELLINI. (*Ann. di chimica*, mars.) — Note sur les propriétés physiologiques de la cocaïne, par MEYER et BARDET. (*Bull. gén. de thér.*, n° 3.) — Anesthésie locale du tégument produite par la cocaïne, par PECK. (*Med. Record*, n° 3.) — La cocaïne comme agent de distinction entre les fibres sensitives et les fibres motrices dans les nerfs mixtes, par TESTA. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 50.) — Note sur l'altération du chlorhydrate de cocaïne et de ses solutions, par MAUDIN. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mai.) — Note sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne, par RUSCONI. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 28.) — Des effets anesthésiques du chlorhydrate de cocaïne sur les fleurs de quelques plantes, par TASSI. (*Boll. della Soc. tra i cultori, Siena*, n° 3.) — De l'action de la cocaïne dans la strangurie spasmodique et dans l'hémicranie, par BORGIOTTI. (*Boll. della soc. tra i cultori, Siena*, n° 3.) — De l'anesthésie par la cocaïne dans l'amygdalotomie, par LERMOYEZ. (*Bull. gén. de thér.*, n° 3.) — La cocaïne dans la thérapeutique oculaire, par GRASSELLI. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, n° 4.) — De la cocaïne dans la thérapeutique oculaire, par RAMPOLDI. (*Gazz*

med. ital. Lomb., n° 8.) — L'oléate de cocaïne dans la pratique ophthalmique, par Lundy. (*New York med. Journal*, XLI, p. 246, n° 9.) — La cocaïne en ophtalmologie ; bibliographie analytique, par Warlomont. (*Annales d'oculistique*, t. XCIII, 3e et 4e liv., p. 151.) — La cocaïne dans la thérapeutique oculaire, par Grastelli. (*Gazz. med. ital. Lomb.*) — L'oléate de cocaïne en oculistique, par Pierdhouy. (*Gazz. med. ital. Lomb*, n° 15.) — De la cocaïne en chirurgie et en thérapeutique oculaire, par Tissot. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — Des prétendus succédanés de la cocaïne comme anesthésiques locaux de l'œil. La caféine et la théine. Action physiologique des cocaïnes amorphe, liquide et cristallisée, par Laborde. (*Tribune méd.*, 26 avril.) — Hydrochlorate de cocaïne en ophthalmologie, par Boerne, Bettmann, Jefferson. (*Journ. of the American med. association*, n° 22, 1884.) — La cocaïne dans la pratique laryngoscopique, par Labus. (*Gazz. degli ospitali*, n° 2.) — La cocaïne dans l'extirpation des papillomes laryngés, par Tacconis. (*Gazz. delle clin.*, n° 7.) — De la cocaïne dans les affections du larynx et surtout dans la phtisie laryngée, par Cahn. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mars.) — Le chlorhydrate de cocaïne en otiatrie, par Longhi. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, n° 8.) — De la cocaïne contre les hémorroïdes externes, par Smith. (*Med. News*, 23 mai.) — Le chlorhydrate de cocaïne en gynécologie, par Rusconi. (*Gazz. d. ospitali*, n° 1.) — La cocaïne dans les maladies cutanées et syphilitiques, par Campana. (*Gazz. d. Ospitali*, n° 10.) — L'hydrochlorate de cocaïne dans le traitement des maladies cutanées et vénériennes, par Rasori. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 29.) — La cocaïne dans le traitement des maladies vénériennes et cutanées, par Bono. (*Gazz. delle clin.*, n° 1.) — Quelques expériences sur l'emploi de la cocaïne dans les maladies vénériennes, par Arcari. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, n° 1.) – Des injections hypodermiques de chlorhydrate de cocaïne, par Compain. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Ablation d'un cancroïde de la lèvre inférieure; anesthésie préalable absolue par l'injection de chlorhydrate de cocaïne, par Auffret. (*Arch. de méd. nav.*, mai.)

Cœur. — De l'influence de la grossesse sur les maladies du cœur, par Bouquet. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De la valeur séméiologique des hémoptysies dans certaines sortes de maladies du cœur, par Mouzon. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — La mensuration de l'intensité des bruits du cœur, par Hermann Vierord. (Tubingue.)—Recueil d'observations de souffle extra cardiaque, par Rabion. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Claquements cardiaques, artériels et veineux, par Duroziez. (*Union médicale*, 7 juin.)— Le bruit présystolique à la pointe du cœur comme signe d'insuffisance aortique, par E. de Renzi. (*Rivista clin. e terap.*, mars.) — Les bruits musicaux par lésions valvulaires du cœur, par Pucci. (*Il Morgagni*, n° 1.) — D'une hémisystolie cardiaque apparente et d'une forme nouvelle de pouls capillaire, par Grocco. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, n° 7.) — Hypertrophie concentrique du cœur, par Rabaine. (*Bull. Soc. d'anat. de Bordeaux*, 24 mars.) — Endocardite végétante à forme typhoïde et infectieuse, par Longuet. (*Arch. de méd. militaire*, 16 mai.) — Insuffisance mitrale. Asystolie. Coma. Aphasie. Guérison spontanée, par Coriveaud. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 3 mai.) — Dépression systolique du deuxième espace intercostal gauche due à une adhérence pulmonaire. Pas de souffle. Autopsie, par Medail.(*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 27 janv.) — Un cas d'endocardite ulcéreuse avec embolie de la portion motrice de la capsule interne gauche, par Persichetti. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 51.) — Quelques cas d'endocardite, par Micheli. (*Giorn. de med. milit.*, mai.) — Troubles dyspnéiques intenses d'origine cardiaque ; bons effets de la saignée, par Dudley. (*Brit. med. journ.*, p. 837, avril.) — De la cyanose ou

ictère bleu, par Leyden. (*Semaine méd.*, 3 juin.) — Rupture spontanée du cœur, par dégénérescence graisseuse du myocarde, chez une jeune femme de 19 ans, par Nelson Hardy. (*Brit. med. Journ.*, p. 695, avril.) — Plaie de l'oreillette droite et de la veine cave inférieure; survie d'une heure et quart, par Plynn. (*Brit. med. journ.*, p. 574, mars.)

Conjonctive. — Des conjonctivites rhumatismales aiguës, par Touchet. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Epidémie de conjonctivite catarrhale aiguë, par Hansell. (*Med. News*, 16 mai.) — Cylindrome de la conjonctive bulbaire, par Campart. (*Bull. de la clin. nation. ophtalm.*, III, 1, p. 59.) — Pemphigus de la conjonctive, par Steffan. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, avril.) — Du pemphigus conjonctival, par Gelpke. (*Ibid.*, avril.) — Traitement de la blennorrée conjonctivale par la résorcine, par Gasparetti. (*Riv. veneta di sc. med.*, juin.) — Traitement des affections inflammatoires de la conjonctive, par D. Biéloro. (*Viéstnik oftalmologuii*, n° 3.)

Coqueluche. — Coqueluche, rougeole, mort; deux ulcérations de la paroi postérieure du pharynx répondant l'une à l'épiglotte, l'autre au cartilage cricoïde, par Lepage. (*Soc. anat.*, 21 nov. 1884.)

Cornée. — Observations de transplantation de l'épithélium cornéen sur l'iris par Gallenga. (*Giorn. della r. Accad. di med., Turin*, janv.-fév.) — Du traitement opératoire des cicatrices cornéennes, par Gallenga. (*Gazz. delle cliniche, Turin*, n° 21.) — Hémorragie dans la cornée, par K. Roumechiévitz. (*Viéstnik oftalmolog.*, n° 2.) — Etude sur un cas de kératite vésiculeuse, par Ferret. (*Bull. de la clin. nat. des Quinze-Vingts*, II, p. 181.) — Blessure de la cornée avec prolapsus de l'iris; extraction d'un corps étranger de l'orbite; guérison, par Page. (*The Lancet*, n° 4.)— Tuberculose de la cornée et de l'iris, par Benson. (*The Lancet*, n° 13.) — Fibrome de la cornée, par Falchi. (*Ann. d'ottalmol.*, n° 1.) — Cancroïde de la cornée, par V. Dolgienkoff. (*Viéstnik oftalmologuii*, n° 1.)

Corps étrangers. — Observations de corps étrangers de l'œil et de leur extraction par l'aimant, par Gallenga. (*Gazz. delle clin.*, n° 7.) — Corps étranger de l'œil occupant la chambre extérieure et intéressant l'iris. Enucléation deux ans après l'accident. Pas d'accidents sympathiques dans l'œil gauche, par Bégue. (*Bulletin de la clinique nationale ophtalm.*, III, 1, p. 53.) — Une sangsue dans le cul-de-sac conjonctival supérieur, par Amat. (*Gaz. méd. de Paris*, 2 mai.) — Extraction de corps étrangers du vitreum au moyen de l'électro-aimant, par Aub. (*Trans. of the American Society*. 20e *annual meeting*, p. 739.) — Corps étrangers des fosses nasales, par Koch. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mars.) — Des corps étrangers de l'oreille, par Moure. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 juin.) — Aiguille à grosse tête avalée sans accidents consécutifs, par Baumgarten. (*Arch. f. path. Anat.*, XCVII, Heft, 1, p. 49.) — Corps étranger du rectum (porte-plume), sorti spontanément par la paroi abdominale à l'union de l'hypochondre et du flanc droit, par Vergely. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 juin.) — Extraction d'épingles à cheveux de l'utérus et du rectum, par Adamson. (*Med. Record*, n° 3.) — Corps étranger du rectum, par Vergely. (*Bull. de la soc. de méd. de Bordeaux*, 17 avril.)

Couleur. — Théorie de la perception des couleurs, par Charpentier. (*Acad. des sciences*, 20 juillet.)

Crâne. — Coup de feu pénétrant du crâne, fracture par contre-coup, par Moty. (*Bull. Soc. chir.*, p. 543, 1884.) — Blessures du crâne, par B. von Beck. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XX, fasc. 5, pages 419, et

fasc. 6, p. 537.)—Cas de fracture diagonale de la base du crâne ; guérison, par Maissurianz. (*St-Peterb. medicin. Wochenschrift*, n° 2.) — Fracture de la base du crâne ; guérison, par Parrott. (*Med. Times*, p. 480, avril.) — Epanchement sanguin des parois du crâne, par Verdalle. (*Bull. de la soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 26 juin.)

Criminel. — La criminalité en Italie, par Tammeo. (*Arch. di psichiatria*, tome VI, 1 et 2.) — Notes anatomiques et anthropologiques sur 60 criminels, par Varaglia et Silva. (*Arch. di psichiatria*, VI, 1 et 2.) — Classement des criminels en quatre types, par Johann Badik. (*Arch. f. path. An. u. Phys.* XCVII, H. 2, p. 254.)

Cristallin. — Sur la maturation artificielle de la cataracte, par Helpeich. (*Sitz. d. phys. med. Ges. zu Würzburg*, p. 115, 1884.)—Etude de la maturation artificielle de la cataracte, par Gallenga. (*Gazz. delle clin.*, n° 4.)— De l'intervention chirurgicale dans la luxation du cristallin, par Dehenne. (*Union médicale*, 5 juillet.) — Contribution à l'étude sur l'extraction du cristallin dans sa capsule, par Blanc. (In-8°, *Genève.*) — Corps étranger du cristallin. Iridochoroïdite consécutive. Enucléation, par Bègue. (*Bulletin de la clinique nationale ophtalm.*, III, 1, p. 53.) — L'extraction simple, par de Wecker. (Broch., *Paris.*) — Extraction du cristallin cataracté dans la capsule, par Roosa. (*Medical Record*, XXVII, n° 6.) — De la cataracte néphritique, par Landesberg. (*Arch. f. Ophtalm.* Bd. 30. Abth. 4.)

Cysticerque. — Cysticerque sous-conjonctival, par Duci. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 45.)

D

Daltonisme. — Daltonisme (cécité des couleurs) dans la marine marchande, par Jabez Hogg. (*Brit. med. Journ.*, p. 1151, juin.)

Dent. — De la consolidation des dents mises à nu dans la nécrose des mâchoires, par David. (In-8°, *Paris.*) — De la maladie de Fauchard, par David. (*Gaz. des hôp.*, 23 juillet.) — Des fistules osseuses d'origine dentaire, par Colle. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De la thérapeutique et de l'art dentaire en France, leur réglementation, par Th. David. (*Bull. gén. de thérapeut.*, 30 avril.)

Désinfection. — De la valeur relative du chlorure de mercure et des hypochlorites comme désinfectants, par Duggan. (*New York med. Record*; n° 24.) — Sur la désinfection des logements, par S. Kroupine. (*Yégén. klin. Gazeta*, n° 23.)

Diabète. — Du diabète glycosurique chez les vieillards, par Landrieux et Iscovesco. (*Progrès médical*, 27 juin.) — Sur un cas de diabète azoturique, par Garin. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Maux perforants chez un diabétique, par Laffon. (*Bull. de la Soc., d'anat. et phys. de Bordeaux*, 14 avril.) — Traité du diabète, par Frerichs, traduction de Lubanski. (In-8°, *Paris.*) — Le diabète sucré spontané et mortel des animaux, comparé au diabète chez l'homme, par Ferrara. (*Il Morgagni*, n° 1.) — Du coma de Küssmaul, par R. Saundby. (*Med. Times*, 31 janvier.)

Digestion. — Des troubles de la digestion, leurs suites et leur traitement, par T. Lauder Brunton. (*Med. Times*, 24 janvier.) — Des nouvelles médications gastro-intestinales, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. gén. de thérapeut.*, 15 novembre 1884.)

Diphtérie. — De la diphtérie, études statistiques à l'hôpital Léopold à Vienne, de 1873-1883, par Unterholzner. (*Jahrk. f. Kinderheil.*, XXIII, *Heft* 3.) — Sur la diphtérie des oiseaux de basse-cour, par Seifert. (*Sitzungsb. d. phys. med. Gesell. zu Würzburg*, 1884, p. 57.) — Études expérimentales sur les affections diphtéritiques des animaux, par Colin. (*Acad. des Sciences*, 15 juin.) — La diphtérie, sa nature parasitaire, son traitement par l'alcool, par G. Chapman. (*New York med. journ.*, 17 janvier.) — Diagnose différentielle de la diphtérie des amygdales, par Rindfleisch. (*Sitzungsb. der phys. medicin. Gesell. zu Würzburg*, 1884, p. 89.) — Croup et diphtérie, par R. Virchow, Henoch, B. Fraenkel. (*Berliner klinische Wochens.*, 9 mars.) — Diagnostic et pronostic de la diphtérie, par J. Simon. (*Semaine méd.*, 27 mai.)—De la guérison spontanée du croup, par Cadet de Gassicourt. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 juin.) — Le traitement de la diphtérie, par J. Simon. (*La Semaine méd.*, 17 juin.) — Exposé pratique du traitement de la diphtérie par les hydro-carbures, par Delthil. (*Bull. gén. de thérap.*, nº 5.) — Traitement de la diphtérie par le calomel, par Murray. (*Med. News*, p. 672, 13 juin.) — Teinture d'iode dans la diphtérie, par E. Adamson. (*The Practitioner*, juillet.) — Sur le traitement de la diphtérie, par Kurnander. (*Ibid.*, juillet.) — Diphtérie et paralysie, par Ch. Francis. (*Ibid.*, juillet.) — Traitement de la diphtérie, par Bonsdorff. (*Zeit. f. klin. Med.*, Band VIII, Heft 5.)

E

Eau. — Le filtre Chamberland, par A.-C. Girard. (*Med. News*, 6 juin.) — Les eaux sans microbes et le rapport de Miquel sur le filtre Chamberland. (*Rev. Scient.*, 1er août.)

Eaux minérales. — Examen critique des principaux procédés appliqués à la pulvérisation des eaux minérales, par Bénard. (*Annales de la soc. d'hydrol.*, 1884.) — De l'emploi des pulvérisations d'eau simple ou médicamenteuse par Flashar. (*Berl.klin. Woch.*, 31 mars 1884.)—De l'hygiène des malades pendant la cure d'Eaux-Bonnes, par Valery Meunier. (*Union médicale*, 13-16 juin.) — De la matière organique et organisée des eaux de la Bourboule, par Danjoy. (In-8º, *Paris.*) — Effets des eaux de Carlsbad sur les fonctions digestives, par W. Jaworski. (*Leipzig.*)

Eczéma. — Eczéma suivant le trajet des nerfs petit sciatique et court saphène, par F. Shearar. (*Glasgow med. Jour.*, p. 81.)

Électricité. — La douche hydro-électrique en thérapeutique oculaire, par Pierdhouy. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, nº 16.) — Le bain hydro-électrique et la douche électrique appliqués à l'œil, par Denti. (*Gazz. degli Ospit.*, nº 32.) Les bains hydro-électriques, leurs effets physiologiques et thérapeutiques, d'après des observations personnelles, par G. Lehr. (*Wiesbaden.*) — L'électrothérapie contre l'érythème cutané, bulleux et contre le prurit, par Breda. (*Giorn. ital. delle mal. ven.* mars.) — De l'évaluation mécanique

des courants électriques employés en médecine, par Boudet de Paris. (*Bull. de la Soc. internat. des électriciens,* janvier.) — De l'emploi de l'électro-aimant dans la chirurgie oculaire, par Simeon Snell. (*Brit. med. journ.*, p. 884, mai.)

Embolie. — Des cas de mort par embolie dans les tumeurs du bas-ventre, par R. Dohrn. (*Zeit. f. Geburts.* XI, *Heft* 1.) — Étude clinique et expérimentale sur les embolies par l'air, par Senn. (*Americ. surg. assoc.*, 6e session.) — Autopsie d'une femme morte subitement, au 7e mois de sa grossesse, d'embolie pulmonaire, par Marmaduke Sheild. (*Med. Times and Gaz.*, 21 février.)

Embryon. — Sur la queue de l'embryon humain, par Fol. (*Acad. des sciences*, 8 juin.)

Empoisonnement. — Sur un cas de tentative d'empoisonnement par le pétrole, par Duguet. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 juin.) — Empoisonnement par le gaz de l'éclairage; recherches sur les propriétés physiologiques du propylène, par Bruneau. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Empoisonnement par l'oxyde de carbone par un conduit de cheminée défectueux, par Graham. (*Med. News*, p. 722, 27 juin.) — Des troubles nerveux dans l'intoxication par le sulfure de carbone, par Bomset. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Empoisonnement par l'acide phénique, par Delahousse. (*Arch. de méd. militaire*, 1er avril.) — Empoisonnement par l'acide phénique impur, par Fribourg et Wissemans. (*Ibid.*, 16 avril.) — Empoisonnement par l'acide phénique, guérison par les injections d'éther, par Langlais. (*Le concours méd.*, 11 juillet.) — Des dangers de l'acide phénique employé à l'intérieur chez les enfants, par Ollivier. (*Concours méd.*, 8 août.) — Empoisonnement par l'acide chromique, par Boursier. (*Bull. de la Soc. d'anat. et phys. de Bordeaux*, 19 mai.) — Empoisonnement aigu par le chlorate de potasse, par Pozzan. (*Riv. sper. di freniatria*, XI, 1.) — Ulcérations multiples de la cavité buccale et du tube digestif par la morphine à haute dose, par Sourrouille. (*Gaz. des hôp.*, 13 juin.) — Empoisonnement par l'atropine, par Loomis. (*Med. Record*, no 9.) — Empoisonnement par la poudre d'hellébore, par T. Knight. (*Brit. med. Journ.*, p. 736, avril.) — Erup tion confluente d'urticaire accompagnée de troubles gastriques et intestinaux après ingestion de moules chez un jeune garçon, par Descroizilles. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, juin.)

Enfant. — Les établissements maternels pour la première enfance. (*Rev. scientif.*, 13 juin.) — Observations calorimétriques sur des enfants par Richet. (*Acad. des sciences*, 29 juin.) — Des échanges matériels observés sur cinq enfants de 5 à 15 ans, par W. Camerer. (*Zeitschr. f. Biol.*, XX, p. 566.) — De l'hystérie chez les enfants, par Peugniez. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Altérations des ongles des doigts chez une enfant de 6 mois (suite de contractures), par Fürst. (*Arch. f. path. Anat.*, XCVI, Heft 3, p. 355.) — Aphasie et méningite tuberculeuse chez une fillette de 6 mois, par Cayla. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 29 mars.) — Observation d'aphasie chez un enfant (peu concluante), par Robert Archer. (*The Dublin Journ. of. med. sc.*, p. 285, avril.) — La pneumonie cérébrale des enfants, par Huchard. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, juin.) — De la pneumonie chez les jeunes enfants, par Holt. (*Med. Record*, no 7.) — Fièvre typhoïde traitée par le salicylate de soude suivant la méthode dite des doses accumulées, longue convalescence, guérison, par Descroizilles. (*Gaz. des hôp.*, 18 juin.) — Cancer primitif du foie chez un enfant de 11 ans. Mort. Autopsie, par Deschamps. (*France médicale*, 13 juin.) — Notes sur deux cas d'anasarque généralisée sans albuminurie chez des

enfants, par J.-F. GOODHART. (*Guy's Hosp. Rep.*, 1884, p. 197.) — Gangrène de la peau et du tissu cellulaire du bras chez un enfant de cinq mois, très débile, à la suite de la vaccination, par R. CLÉMENT LUCAS. (*Guy's Hosp. Rep.*, 1884, p. 31.) — De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants, par CAZIN. (In-8°, 587 pages, *Paris*.)—La malaria chez les enfants, par KINGSLEY. (*Med. News*, p. 583, 23 mai.) — L'obésité chez les enfants, par CHAUMIER. (*Le concours méd.*, 20 juin.)

Épilepsie. — L'épilepsie larvée et la folie morale, par MORSELLI et LOMBROSO. (*Archivio di psichiatria*, tome VI.) — L'épilepsie et la folie morale congénitale, par LOMBROSO. (*Arch. di psichiatria*, VI.) — L'épilepsie dans ses rapports avec les fonctions visuelles, par PICHON. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Épilepsie d'origine auriculaire, par BOUCHERON. (*Acad. des sciences*, 6 juillet.) — Modifications périodiques de la chevelure chez un épileptique (avec figure), par RAUBER. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, XCVII, H. I, p. 50.) — Étude de quelques formes peu connues d'épilepsie sensorielle dépendant probablement de lésions de l'écorce, par MAC LANE HAMILTON. (*Med. Record*, *New-York*, n° 14.) — Violence épileptique, par ECHEVERRIA. (*Journ. of mental. Science*, avril.) — Contribution à l'étude de l'épilepsie jacksonienne d'origine syphilitique, par M. FERRARA. (*La Medicina contemporanea*, mars.) — Un cas d'épilepsie partielle d'origine syphilitique, par E. REALE. (*Rivista clin. e terap.*, mai.) — De quelques troubles morbides pouvant indiquer l'épilepsie, par CHARPENTIER. (*Union médicale*, 10 mai.) — Épilepsie tardive. Amélioration progressive. Hémorragie cérébrale. Marche de la température. Mort, par BOURNEVILLE et DUBARRY. (*Progrès médical*, 20 juin.) — De l'état de mal épileptique, importance des constatations thermométriques, par LEGRAND DU SAULLE. (*Gaz. des hôp.*, 7 juillet.)

Épithélioma. — Influence des verrues sur le développement des épithéliomes cutanés, par GRECO. (*Il Morgagni*, n° 3.)

Érysipèle. — De l'érysipèle, par R.-G. HEBB. (*Med. Times*, 18 avril.) — De l'érysipèle en province, par DUVERNAY, BRUNEAU, ROCHÉ. (*Union médicale*, 14 mai, 11 juin, 2 juillet.) — Érysipèle ambulant, par VINCENT. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 19 mai.) — Relation de deux épidémies d'érysipèle, par VERNEUIL. (*Revue de chir.*, juillet). — Épidémie d'érysipèle, érysipèles récidivants, par DEMIÉVILLE. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 15 juillet.) — Emploi de la pulvérisation antiseptique dans le traitement de l'érysipèle et des brûlures étendues, par VERNEUIL. (*Bull. gén. de thér.*, n° 4.)

Érythème. — Deux cas rares d'érythème multiforme et noueux, par RASOUMOFF. (*Méd. Obosrénié*, n° 9. — Un cas d'érythème exsudatif multiforme avec affection des muqueuses, par LANZ. (*Méd. Obosrénié*, n° 9.)

Estomac. — Dyspepsie par atrophie probable des glandes peptiques de l'estomac, par CORAZZINI. (*Il Morgagni*, avril.) — Deux cas de dilatation atonique de l'estomac, guéris par la faradisation des parois gastriques, par PEDRAZZI. (*Rivista clin. e terapeut.*, juillet.) — De la régénération épithéliale des glandes gastriques et intestinales dans les conditions normales et pathologiques, par SACCOZZI. (*Gazz. d. Ospitali*, n° 19.) — Dilatation de l'estomac chez un tuberculeux, par TRONCHET. (*Bull. de la Soc. d'anat. et phys. de Bordeaux*, 14 avril.) — Observations sur l'embarras gastrique fébrile, par KELSCH. (*Société méd. des hôpitaux*, 20 mai.) — Observation de pneumopéricarde consécutif à un ulcère de l'estomac, par MOIZARD. (*Société méd. des hôpitaux*, 20 mai.) — L'ulcère de l'estomac au point de

vue de sa formation, par Remouchamps. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, mai.) — Fistule gastrique traumatique, ouverte dans le canal pancréatique par Brush. (*New York med. Record*, n° 23.) — Grand ulcère simple de l'estomac, par Kundrat. (*Soc. des méd. de Vienne*, 30 janvier.) — Néphrite interstitielle, ulcère de l'estomac, perforation, par Ayrolles. (*Soc. anat.*, 4 nov. 1884.) — De la plaie de l'estomac par arme à feu, par Masingue. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.)

F

Fermentation. — Sur la fermentation alcoolique élective, par Bourquelot. (*Acad. des sciences*, 2 et 8 juin.) — Action des désinfectants sur les ferments figurés, par Orme Dudfield. (*Brit. med. Journ.*, p. 740, avril.)

Fièvre intermittente. — Manifestations peu ordinaires de la malaria, par Smith.— *Idem*, par Holt. (*New York, med. Record*, n° 22.)— Hémorragie rétinienne dans les fièvres paludiques, par Jones. (*New York med. Record*, n° 25.) — Entéralgie pernicieuse, par Petimelli. (*Arch. clin. ital.*, n° 5.) — De la fièvre remittente dans la colonne de Loch-Nan, par Poigné et Nimier. (*Arch. de méd. militaire*, 31 mai.) — De la splénalgie dans les fièvres intermittentes, par Fabre. (*Gaz. méd. de Paris*, 15 août.) — Du traitement de l'infection palustre, par Pierini. (*Raccoglitore med.*, n° 16.) — Du bromhydrate de quinine et du valérianate de caféine dans l'infection malariale, par Cerecedo. (*Gaceta de los hospit.*, III, n° 55.)

Fièvre jaune. — Contribution à l'histoire de la fièvre jaune, d'après l'épidémie de la Martinique, en 1880-1881, par Lacroix. (*Thèse de Lille*, n° 11.)

Fistule. — Fistule vésico-utérine, opération, guérison, par Williams. (*Med. Record*, n° 5.) — Quelques cas insolites de fistules vésico-vaginales et vésico-utérines, par Baker. (*Boston med. and surg. Journal*, 26 fév.) — Statistique de 50 femmes opérées de fistules uro-génitales, par O. Morisani. (*Rivista clin. e terap., avril.*)

Foie. — De la régénération du tissu hépatique, par Canalis. (*Gazz. delle clin.*, n° 9.) — Le foie mobile et le ventre pendant chez les femmes, par L. Landau. (*Berlin.*) — Anomalie du foie chez un fœtus, par Chevalier. (*Bull. de la soc. d'anat. et phys. de Bordeaux*, 26 mai.) — Un cas de cirrhose hypertrophique, par Hardy. (*Gaz. des hôp.*, 18 juin.) — Un cas de cirrhose hépatique avec ascite, par Stampacchia. (*La riforma med.*, 13 mars.) — Cirrhose atrophique du lobe de Spiegel avec destruction totale du parenchyme hépatique, par Viti. (*Boll. della soc. tra i cultori, Siena*, n° 2.) — De la curabilité de certaines formes de cirrhose atrophique du foie, par Ribeton. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Pathogénèse et symptomatologie de la dégénérescence adipeuse du foie, par E. de Renzi. (*Rivista clin. e terap.*, mars.) — Ictère grave mortel en 70 heures, par Philipson. (*Brit. med. Journ.*, p. 1154, juin.) — Contribution à l'étiologie et au traitement de l'hépatite suppurée, par Tomaselli. (*Riv. clin. e terap.*, juin.) — La cholécystectomie, expériences et considérations, par A. Ceccherelli. (*La medicina contemp.*, mai.) — Atrophie jaune aiguë du foie, par de Renzi, (*Riv. clin. e terap.*, juillet.) — Hépatite suppurée, ponction avec le trocart explorateur, guérison, par de Giovanni. (*Riv. Venet. di scienze med.*, mars.) — Abcès

du foie compliqué d'hématome, par M. Rabinovitch. (*Khirourg. Viéstnik*, mai-juin.) — Abcès du foie avec pleurésie purulente droite, par A. Dmitrieff. (*Yégénèd. klin. Gazeta*, nº 20.) — Des abcès du foie, par E. Janeway. (*New York med. Journ.*, 7 février.) — Du traitement chirurgical des maladies et lésions du foie, par C. Briddon. (*New York med. Journ.*, 31 janv.)

Fracture. — Des fractures spontanées, par Picqué. (*Gaz. méd. de Paris*, 2 mai.) — Fracture comminutive de la clavicule, par R. Hamilton Russell. (*Brit. med. J.*, p. 987, mai.) — Des fractures multiples de la clavicule, par Lannes. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Fracture de la première côte, par Arbuthnot Lane. (*Med. Times*, 10 janv., p. 62.) — Fracture comminutive du radius chez une femme de 70 ans, guérison par Cakill. (*Med. Record.*, nº 3.) — Fracture spontanée de cuisse, par Prosper Hirtz. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er juin.) — Cas de fracture transverse récidivée de la rotule, par Mori. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, nº 13.) — Attitudes vicieuses du pied dans les fractures de jambes, par Bourthoumieux. (*Thèse de Paris*, 18 juin.) — Fracture du tibia. Mort par hémorragie cérébrale avant la consolidation, par Capdeville. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 31 mars.) — Fracture compliquée malléolaire, tétanos chronique, abcès métastatiques des lombes, guérison, par Ore. (*Riv. Veneta di sc. med.*, mai.) — Fracture comminutive de la tête du tibia, par W. Thomson. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 202, sept. 1884.) — Fracture transversale des 2e, 3e, 4e métatarsiens, par cause directe, par Chatain. (*Arch. de méd. militaire*, 1er avril.) — Traitement des fractures compliquées, par Isnardi. (*Gazz. delle clin.*, nº 8.) — Appareil pour les fractures du fémur, par Peschio. (*Giorm. di med. milit.*, juin.) — Méthode simple d'extension dans le traitement des fractures, par Stillman. (*New York med. Record*, nº 46.)

G

Gangrène. — Gangrène sèche symétrique, par Brown. (*New York med. Record*, nº 14.) — Gangrène symétrique des doigts, par Giovannini. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, nº 1.) — Contribution à la pathologie du noma, par Morse Willard. (*Med. Record*, nº 2.) — Observation d'amputation pour une gangrène sénile, par Harrison Cripps. (*Brit. med. Journ.*, p. 941, mai.)

Gastrostomie. — La gastrostomie comme mode de traitement des rétrécissements œsophagiens, par Caponotto. (*Giorn. d. R. Accad. di Torino*, janvier-février.) — Rétrécissement œsophagien (cancer). Gastrostomie, par Magnien. (*Loire médicale*, juin.) — De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par Lagrange. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Six cas de gastrostomie dans les rétrécissements carcinomateux de l'œsophage, par N. Wéliaminoff. (*Khiroug. Viéstnik*, mai-juin.) — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, gastrostomie; mort 76 jours après l'opération, par Frederik Page. (*Brit. med Journ.*, p. 987, mai.)

Gaz. — L'analyse des gaz et ses applications physiologiques, par J. Geppert. (*Berlin*, 1885.)

Genou. — Genu valgum guéri par l'application pendant deux ans d'un appareil permettant la marche, par Le Fort. (*Bull. soc. de chir.*, p. 200.)

Géographie médicale. — Observations médicales sur la baie d'Assab, par Ne-

razzini. (*Giorn. di med. milit.*, n° 3.) — Considérations médicales sur les forges nationales de la Chaussade, par Le Conte. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Pathologie géographique de la phtisie, par Mac Caskey. (*Journ. of the Americ. med. assoc.*, 4 juillet.)

Glaucome. — Glaucome produit par l'atropine, par Coggin. (*American. journ. of Ophthalm.*, vol. II, n° 1, p. 8.) — Contribution à l'étude des affections glaucomateuses, par Jacobson. (*Arch. für Opht.*, Bd. 30, Abth. 4.)

Goutte. — Accidents de goutte à marche irrégulière, par Merces. (*Brit. med. Journ.*, p. 538, mars.) — De la goutte oculaire, par Zychon. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Observation de prostatite goutteuse, par Gailhard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 juin.) — Du nitrite d'amyle employé comme agent éliminateur de l'acide urique; son utilité dans le traitement de la goutte, par Archibald Macdonald. (*Brit. med. journ.*, p. 1039, mai.)

Greffe. — Des greffes osseuses, par Salvia. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 30.)

Grossesse. — Grossesse gémellaire et hydramnios, par Mangiagalli. (*Ann. di Ostetricia*, mars.) — Un cas de grossesse quintuple, par Poliakoff. (*Méd. Obosrénié*, n° 18.) — Albuminurie gravidique, ascite, anasarque, œdème pulmonaire, accouchement prématuré, guérison de la mère et de l'enfant, par Falaschi. (*Boll. della Soc. tra i cultori, Siena*, n° 2.) — Un cas de grossesse tubaire suivie de guérison, par Wiedemann. (*St-Petersb.-medic. Wochens.*, n° 10.) — Laparotomie pour grossesse extra-utérine, par Negri. (*Ann. di Ostetricia*, mars.) — Grossesse extra-utérine, élytrotomie, guérison, par Chauvenet et Negri. (*Ann. di Ostetricia*, n°s 1 et 2.) — Un cas de grossesse extra-utérine traité avec succès par le galvanisme, par Cooks. (*Med. Record*, n° 3.)

Gynécologie. — Traité de gynécologie publié sous la direction de Th. Billroth et A. Lücke, 2e édition, complètement revue, 1 vol. (*Stuttgart.*)

H

Helminthe. — Questionnaire de zoologie médicale, instructions à l'usage du corps de santé de la marine, par Blanchard. (*Arch. de méd. navale*, juillet.) — De quelques maladies des yeux en rapport avec l'helminthiase intestinale, par Rampoldi. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 39.) — Observations d'hématuries dues au Bilharzia, par Spencer Cobbold. (*Brit. med. Journ.*, p. 1096, mai.) — Sur le développement des nématodes, par Hallez. (*Acad. des sciences*, 13 juillet.)

Hématocèle. — Trois cas d'hématocèle pelvienne, une mort, par Morris. (*Boston med. and surg. Journal*, 12 mars.)

Hémorroïdes. — Observation de traitement d'hémorroïdes par la ligature élastique, par Boni. (*Gazz. med. Ital.-Lombard.*, n° 22.) — De la dilatation forcée appliquée au traitement des hémorroïdes, par Rosière. (*Thèse de Paris*, 2 juillet.)

Hémorragie. — Des hémorragies palustres, par Feuillade. (*Thèse de Paris*,

28 juillet.) — Pathogénie des hémorragies dans les maladies infectieuses, par GIRARD. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Deux observations d'hémorragie grave par rupture du vagin pendant le premier coït, par P.-F. MUNDÉ. (*Boston med. and surg. Journ.*, 14 mai.)

Hernie. — Des hernies et de leur guérison radicale, par JOHN WOOD. (*Med. Times and Gaz.*, 13 juin.) — Le traitement de la hernie chez l'enfant, par DE GARMO. (*Med. Record*, nº 12.) — Hernie inguino-scrotale double incoercible. Opération de cure radicale; guérison, par BOUILLY. (*Gaz. méd. de Paris*, 6 juin.) — Hernie inguinale à travers un orifice commun, formé par la réunion des trois orifices du canal inguinal; résection du sac herniaire, par N. ROUSSANOFF. (*Vratch*, nº 19.) — Hernie étranglée par suite du passage de l'anse intestinale dans un orifice accidentel du mésocolon au niveau de l'S iliaque, par FREDERIC EVE. (*Brit. med. Journ.*, p. 1195, juin.) — Hernie irréductible, kélotomie, réduction, mort par étranglement interne, par PETIT. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 17 mars.) — Énorme hernie inguinale droite irréductible; réduction progressive par le repos couché; cure radicale; guérison, par POLAILLON. (*Gaz. méd. de Paris*, 9 mai.) — Opération de la kélotomie avec résection du sac herniaire, par PAQUET. (*Bull. méd. du Nord*, mai.)

Herpès. — Étude sur l'herpès génital chez l'homme et chez la femme, par PINTO. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Localisations cérébrales de l'herpétisme, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 6 juin.)

Hôpital. — Le nouvel hôpital du Havre, par GARIEL. (*Rev. scientif.*, 20 juin.) — L'hôpital du Midi et ses origines, recherches sur l'histoire de la syphilis à Paris, par PIGNOT. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.)

Hoquet. — Traitement du hoquet par la compression des nerfs phrénique et pneumogastrique, par GROGNOT. (*Bull. gén. de thér.*, nº 6.)

Hydatide. — Tumeur hydatique du cerveau, par H. REED. (*Americ. med. assoc.*, 28 avril.)— Un cas de kyste hydatique du foie. Mort pendant l'opération par oblitération du ventricule droit par une vésicule hydatique, par IGNATJEW. (*St-Petersb. med. Wochen*, nºˢ 21 et 22.) — Grand kyste hydatique du foie, guéri par les applications répétées de pâte de Vienne, par GIANNOTTI. (*Gazz. degli Ospit.*, nº 43.) — Kyste hydatique sacro-lombaire. Ouverture. Mort, par SADLER. (*Med. Times*, p. 711, 30 mai.)

Hygiène. — L'hygiène à la faculté de médecine de Paris, par LANDOUZY. (*Rev. scient.*, 25 juillet.) — Un peu d'hygiène à propos de casernes, par NOTTA. (*Union médicale*, 11 juillet.) — Affaiblissement de la vue dans les écoles d'enfants, par RICHEY. (*New York med. Record*, nº 16.) — L'air des appartements et des salles publiques, par WALPERT. (*Journ. d'hyg.*, nº 447.) — Les braises chimiques, par AUREILLE. (*Journ. d'hyg.*, nº 446.) — Notices hygiéniques : un filtre pour l'eau ; un ventilateur en feutre, par B. MÉDÈME. (*Voiénno. med. Journ.*, avril.) — Rapport sur l'écoulement des matières de vidange à l'égout, par VALLIN et HUDELO. (*Rev. d'hyg.*, avril.)

Hypnotisme. — La suggestion mentale de Richet, par N. GAMALÉE. (*Vratch*, nºˢ 18 et 19.) — Hypnotisme et suggestion, par CHARCOT. (*Gaz. des hôp.*, 30 juin.) — De quelques phénomènes rares qui se présentent dans le cours de l'hypnotisme, par SILVA. (*Gazz. delle clin.*, nº 8.) — De l'action vasomotrice de la suggestion chez les hystériques hypnotisables, par DUMONT-PALLIER. (*Acad. des sciences*, 20 juillet.)

Hystérie. — Observation remarquable d'hystérie, par Camden. (*New York med. Record*, n° 14.) — L'hystérie chez l'homme, par Guinon. (*Gaz. méd. de Paris*, 16 mai.) — Intégrité de la moelle épinière dans un cas de contracture hystérique permanente généralisée ayant duré plusieurs années, par Mlle Klumpke. (*Rev. de méd.*, mars.) — Un cas d'hystérie chez l'homme, par Maragliano. (*Rivista clin. e terap.*, juin.) — Hémoptysies supplémentaires chez une hystérique, par Fazio. (*Ibid.*, juin.)

Injection. — Les injections hypodermiques de sang, par Bareggi. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 49.) — Injection intra-urétrale de chlorhydrate de cocaïne pour faciliter le cathétérisme, par Grynfelt. (*Bull. soc. chir.*, p. 246.)

Insolation. — Deux cas de vertige produit par l'insolation, par C. Handfield Jones. (*Med. Times*, 4 avril.) — Du coup de chaleur, par Norman Chevers. (*Med. Times*, 11 avril.)

Intestin. — Leçon clinique sur les conséquences de la constipation longtemps prolongée, par J.-S. Bristowe. (*Brit. journ. of med. sc.*, p. 1085, mai.) — Sur le vertige intestinal, par Leube. (*Deut. Arch. f. klin. Med.* XXXVI, Heft 3 et 4.) — Applications de la méthode graphique à quelques points de la physiologie du gros intestin, par G. Rouch. (In-8°, *Paris.*) — De la constipation habituelle et de son traitement par l'électricité, le massage et l'hydrothérapie, par Georg Hunerfauth. (*Wiesbaden.*) — Colite ulcéreuse chronique; abcès du foie, par Barbière. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux,* 21 avril.) — Traitement des ulcérations intestinales chez les jeunes enfants, par Atkinson. (*The Practitioner*, april.) — Traitement de l'entérite chronique et de la dyspepsie intestinale, par Bazile Féris. (*La medicina contempor.*, août 1884.) — Contribution à l'étude de l'entérite pseudo-membraneuse chez les herpétiques, par Deligny. (*Union médicale*, 19 mai.) — Un cas d'entérite pseudo-membraneuse, par O. W. Doe. (*Boston med. and surg. Journal*, 14 mai.) — Essai d'application des injections vaginales à quelques cas d'affection intestinale, par L. Finkelstein. (*Vratch*, nos 21 et 22.) — Blessure par arme à feu des intestins, laparatomie, suture intestinale, guérison, par W. Bull. (*New York med. Journ.*, 14 février.)

Iodisme. — Sur deux manifestations rares de l'iodisme, par Hallopeau. (*Union médicale*, 27 juin.)

Iris. — La couleur de l'iris, par Alp. Bertillon. (*Rev. scientif.*, 18 juillet.) — Colobomes multiples de l'iris, ou polycorie congénitale, par Mittendorf. (*Trans. of the American ophtalm. Society*, 20e *meeting*, p. 735.) — Observation de persistance de la membrane pupillaire, par Riley. (*Med. Record, New York*, n° 14.) — Iritis séreuse et varicelle syphilitique, par Alexander. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, avril.) — Iritis traumatique. Décollement de la moitié externe de la rétine avec déchirure de la choroïde, par Campart. (*Bull. de la clin. nation. ophtalm.*, III, 1, p. 50.)

K

Kyste. — Sur un cas de kyste dermoïde guéri spontanément par l'ouverture dans l'intestin, par W.-F. Atlee. (*Boston med. and surg. Journ.*, 7 mai.) — De l'origine des kystes dermoïdes; formation de certaines tumeurs par transplantations organiques; applications thérapeutiques, par Masse. (*Bull. gén. de thérapeut.*, 30 avril.) — De l'origine des kystes dermoïdes, par Masse. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 26 avril.) — Kyste dermoïde du sourcil. Extirpation. Érysipèle spontané. Mort, par Sentex. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 juillet.) — Kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 23 juin.) — Kyste du cou guéri par l'injection iodée, par Loumeau. (*Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 5 juin.) — De l'incision antiseptique des kystes à grains riziformes, par Weiss. (*Rev. de chir.*, juin.) — De la valeur de la ponction simple et des injections iodées dans les kystes séreux du ligament large, par Gautrez. (*Thèse de Paris*, 15 juillet.)

L

Lacrymales (Voies). — Fistule lacrymale guérie par la disparition du sac lacrymal, par Moggi. (*Riv. clin. e terap.*, avril.) — Dacryoadénite aiguë, par Pioley. (*Trans. of the american ophthalm. Society. 20e annual meeting*, p. 729.)

Lait. — La nourriture des vaches et la composition du lait, par Pellet et Biard. (In-8°, Compiègne.) — De l'examen du lait au point de vue de l'élevage de l'enfant. (*Rev. méd.*, 18 juillet.)

Langue. — Observation de kyste congénital de la langue, par Wright. (*New York med. Record*, n° 20.) — Lymphosarcome volumineux de la langue, par Jonathan Hutchinson. (*Brit. med. Journ.*, p. 1203, juin.)— Épithélioma de la langue, par Tillaux. (*Tribune médicale*, 28 juin.) — Épithélioma de la langue. Extirpation par la méthode sus-hyoïdienne, par Denucé. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 26 juillet.)

Larynx. — Études sur la physiologie de la phonation, par Martel. (In-8°, Paris.) — La physiologie des registres vocaux chez l'homme et chez la femme, considérée expérimentalement, par Gordon Holmes. (*Med. Times*, 11 avril.) — De l'autophonie, par Barclay. (*New York Med. Record*, n° 19.) — Sur un cas d'aphonie simulée et un fait d'aphonie nerveuse chez des enfants, par Moure. (*Rev. mens. de laryngol.*, 1er juillet.) — Un cas de chorée du larynx, par E. Holden. (*New York med. Journ.*, 10 janvier.) Épiglottite suppurée, compliquée d'œdème de la glotte. Mort par asphyxie rapide, par Frédet. (*Union médicale*, 25 juin.) — Paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs par persistance et hypertrophie du thymus, par Massei. (*La Riforma med.*, 10 avril.) — Paralysie des crico-thyroïdiens, par Moure. (*Bull. Soc. de méd. de Bordeaux*, 22 mai.) — Kyste de la corde vocale droite, par Moure. (*Ibid.*, 22 mai.) — Crise laryngée survenue chez

un ataxique, consécutivement à l'administration d'iodure de potassium impur; trachéotomie; disparition des accidents et guérison après la suppression du médicament, par HUCHARD et LEGENDRE. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mai.) — Hémorragie laryngée sous-muqueuse, par MORGAN. (*Med. Record*, n° 12.) — Le bacille de Koch dans le diagnostic de la tuberculose laryngée, par MASINI. (*Gazz. d. Ospitali*, n° 24.) — Phtisie laryngée; pronostic; influence du traitement local, par WHISTHLER. (*Med. Times*, I, p. 779.) — Notes sur le pronostic de la phtisie laryngée traitée localement, par W. MAC NEILL WHISTLER. (*Med. Times and Gaz.*, 13 juin.) — Syphilis tertiaire tardive du larynx et de la trachée, par DELIE. (*Rev. mens. de laryng.*, 1er juin.) — Trachéotomie pour rétrécissement du larynx, causé par une ulcération typhique, par MATTHEWS. (*Illinois State med. Soc.*, 20 mai.) — Épithélioma primaire du larynx, trachéotomie, mort dix mois après, par DELAVAN. (*New York med. Record*, n° 18.) — Tumeur maligne du larynx, par RABAINE. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 10 mars.) — Fractures du larynx, par ARBUTHNOT LANE. (*Med. Times*, p. 332, 7 mars.)

Lèpre. — La lèpre en Norvège, par LELOIR. (*Semaine méd.*, 24 juin.) — De la propagation de la lèpre dans les provinces orientales de la Russie, par WELLBERG. (*St-Petersb. med. Wochenschrift*, n° 14.)

Leucémie. — Pseudo-leucémie, lymphome malin, par MARCHAND. (*Berl. klin. Woch.*, 2 février.) — Symptomatologie de la pseudo-leucémie, par PEL. (*Berl. klin. Woch.*, 5 janvier.) — Nature des productions leucocythémiques secondaires, par BIZZOZERO. (*Arch. per le scienze med.*, XIX, n° 1.)

Lèvre. — Sur une variété d'épithélioma de la lèvre inférieure, par LEJARD. (*Arch. gén. de méd.*, juin.)

Locomotion. — Sur la détermination photographique de la trajectoire d'un point du corps humain pendant les mouvements de locomotion, par SORET. (*Acad. des sciences*, 20 juillet.) — Locomotion de l'homme; images stéréoscopiques des trajectoires que décrit dans l'espace un point du tronc pendant la marche, la course et les autres allures, par MAREY. (*Acad. des sc.*, 2 juin.)

Luxation. — Sur la luxation sus-acromiale de la clavicule, par FLORENCY. (*Thèse de Lille*, n° 7.) — Luxation de la clavicule en bas et en dedans, à son extrémité acromiale, par MAC GREGOR. (*Med. Times*, p. 8, 3 janvier.) — Luxation du semi-lunaire du carpe, par BUCHANAN. (*Med. Times*, p. 113, 24 janvier.) — Luxation du pouce en arrière et en dehors, par FABRE. (*Gaz. méd. de Paris*, 18 juillet.) — Luxation congénitale double de la hanche. Guérison, par BUCKMINSTER BROWN. (*Boston med. and surg. Journal*, 4 juin.) — Étiologie de la luxation dans la coxalgie, par SAINT-AGNÈS. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Traitement de la luxation congénitale de la hanche, par MARGARI. (*Arch. di Ortopedia*, n° 5, 1884.) — Luxation congénitale de la rotule du genou droit, par P. NOVITZKY. (*Vratch*, n° 21.) — Des luxations médio-carpiennes traumatiques, par CLAUDOT. (*Arch. de méd. militaire*, 16 février.) — Subluxation directe en haut de la phalangette du gros orteil du pied gauche, par CHATAIN. (*Arch. de méd. militaire*, 1er avril.)

Lupus. — Deux observations cliniques pour servir à la nouvelle théorie étiologique du lupus, par MANNINO. (*La Riforma med.*, 23 avril.)

Lymphatique. — La pathologie de l'adénite ulcéreuse, par FERRARI. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 45.) — De l'ablation précoce des ganglions lymphatiques caséeux, par G. FOWLER. (*New York med. Journ.*, 10 janvier.) — Sur le

lymphangisme, par H. MAAS. (*Sitzungsb. d. phys. medic. Gesell. zu Würzburg*, p. 127, 1884.) — Sur un cas de lymphome malin, par ZONGHI. (*Raccoglitore med.*, n° 16.)

M

Main. — Un cas de doigt à ressort, par SOLAROLI. (*Raccoglitore med.*, n° 5.) — Tumeurs des doigts chez un enfant de 2 ans, par HIRIGOYEN. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 juin.)

Malformations. — Ectrodactylie avec conservation partielle du pouce et de l'auriculaire; ectropodie double avec palmure de deux doigts de la main, par GUERMONPREZ. (*Rev. men. des mal. de l'enfance*, fév.) — Absence complète d'utérus et des ovaires, par MORISANI. (*Riv. clin dell.'Univ. di Napoli*, n° 4.) — Tumeur de la main chez un enfant, par DURAND. (*Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 15 mai.) — Hermaphrodite âgé de 9 ans, aspect extérieur d'une fille, testicules dans les grandes lèvres, par BUCHANAN. (*Med. Times*, 14 fév., p. 211.) — Sur les formations hermaphrodites chez les mammifères, par KÖLLIKER. (*Sitzungsb. der phys. medic. Gesell. zu Würzburg*, 1884, p. 85.)

Mamelle. — Des indications opératoires dans le carcinome du sein, par TILLAUX. (*Semaine méd.*, 1er juillet.) — Cysto-sarcome du sein, par CHEVALIER. (*Bull. de la Soc. d'anat. et phys. de Bordeaux*, 12 mai.) — Cancer du sein opéré. Généralisation, par PICQUÉ. (*Gaz. méd. de Paris*, 18 juillet.) — Du curage de l'aisselle dans le cas du cancer du sein, par THOMAS. (*Thèse de Lille*, n° 10.) — Remarque sur l'ablation des deux seins simultanément, par JONATHAN HUTCHINSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 1190, juin.) — Sur un cas de polymastite et sur la signification des mamelles surnuméraires, par R. BLANCHARD. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 19 mars.)

Massage. — Traité pratique du massage, historique, modes d'application, par GRAHAM. (In-8°, *New-York*.)

Maxillaire. — Nécrose phosphorée de la mâchoire, par EWING MEARS. (*Americ. surg. Assoc.*, 6e session.) — Contribution à l'étude des polypes fibreux du sinus maxillaire supérieur, par KOCH. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mars.)

Médecine. — Leçons sur les principes et la pratique de la médecine, par DAVID. (In-8°, *Chicago*.)

Médecine militaire. — Aide-mémoire du médecin de la marine, par BARNIER, (*Arch. de méd. nav.*, juillet.) — Les maladies des adolescents studieux, observées à l'examen du collège militaire de Florence, par PANARA. (*Giorn. di med. milit.*, juin.) — La prématuration militaire et le cœur surmené, par COUSTAN. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 31 mai.) — De quelques fièvres infectieuses observées à l'hôpital militaire de Caserte, par JANDOLI. (*Giorn. di med. milit.*, mai.) — Opérations chirurgicales exécutées en 1883 dans les hôpitaux militaires, par PECCO. (*Giorn. di med. milit.*, avril.) — L'alimentation variée dans l'armée, par SCHINDLER. (*Arch. de méd. militaire*, 16 mai.) — Note sur l'organisation médicale de l'armée suisse, par J. H. EVATT. (*Brit. med. Journal*, p. 828, avril.) — Relations médico-statistiques sur les conditions sanitaires de l'armée italienne pen-

dant l'année 1881. (In-8°, *Rome.*) — Étude pratique sur l'assainissement des navires, et particulièrement de l'assainissement des transports hôpitaux, par Raoul. (*Arch. de méd. navale*, avril.) — Les armes à feu de l'infanterie en rapport avec le traumatisme et la thérapeutique chirurgicale, par G. de Renzi. (*Rivista clin. e terap.*, mai.) — Transport par chemins de fer, des blessés et malades militaires, rapport présenté à l'administration des chemins de fer de l'État, par P. Redard. (In-8°, p. 175, *Paris.*)

Méninges. — Essai critique sur la température dans la méningite, par Berquet. (*Thèse de Lille*, n° 1.) — Les formes anomales de méningite tuberculeuse chez l'adulte, par Gatti. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 35.) — Méningite tuberculeuse. Évolution anormale, par Maubrac. (*Gaz. méd. de Paris*, 4 juillet.) — De la méningite cérébro-spinale épidémique, par Herr. (*Thèse de Paris*, 1er août.) — Observation de méningite aiguë, ayant donné lieu à un rapport médico-légal, par Frank Ogston. (*Brit. med. Journ.*, p. 984, mai.)

Menstruation. — Sur une théorie récente du processus menstruel, par Turazza. (*Gazz. d. Ospitali*, n° 14.)

Métallothérapie. — Nouveaux procédés métalloscopiques dans les cas d'aptitudes métalliques dissimulées, notamment chez les sujets léthargiques, cataleptiques ou somnambules, par Moricourt. (*Acad. des Sciences*, 6 juillet.)

Miliaire. — Observation d'un cas de fièvre miliaire grave, avec phénomènes de trismus, d'opisthotonos, avec délire triste, puis délire à forme maniaque, par Scantini. (*Raccoglitore med.*, n° 1.)

Moelle. — Polyomyélite antérieure chez l'adulte, par Rockwell. (*Med. Record*, n°.8.) — Méningo-myélite rapide à forme paraplégique contracturante, par Bourdalé. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 17 mai.) — De la myopathie atrophique progressive, par Landouzy et Déjerine. (In-8° avec fig., *Paris.*) — Sur les différentes formes de myélites tuberculeuses, par Voisenet. (*Thèse de Paris*, 18 juillet.) — Relation de deux cas de maladie de Friedreich, par Seguin. (*New York med. Record*, n° 24.) — De la combinaison de la sclérose postérieure et de la sclérose latérale dans la moelle, par J. A. Ormerod. (*Brain*, p. 110, avril.) — De l'hémiatrophie de la langue dans le tabes dorsal ataxique, par Armand. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — De l'arthropathie chez les ataxiques, par Barré. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Fracture spontanée au début du tabes. Consolidation régulière des fragments, par Dutil. (*Gaz. méd. de Paris*, 13 juin.) — De l'utilité des révulsions dans les affections aiguës de la moelle, par Callais. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

Molluscum. — Sur la néoformation des cellules épidermiques dans le molluscum contagiosum, par Majocchi. (*Gazz. degli. Ospit.*, n° 43.)

Monstre. — Sur un cas de cébocéphalie avec complication d'anencéphalie partielle observé chez un poulain, par Dareste. (*Acad. des sciences*, 13 juillet.) — Monstre pseudencéphalien, par Carrière (de Sauveterre). (*Bull. soc. de chir.*, p. 294, 1884.)

Mortalité. — Statistique comparée de la mortalité à la ville et à la campagne en Irlande, par Thomas Wrigley Grimshaw. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 385, mai.)

Muscle. — Pathologie du tissu musculaire à fibre striée, par Ughetti. (*Gazz.

degli Ospit, n° 43.) — Recherche mécanique sur la rigidité thermique du muscle, par A. FICK. (*Verhandl. d. phys. medicin. Gesell. zu Würzburg*, n° 1.) — La formation d'acide lactique, créatine et urée dans le muscle, par LATHAM. (*Med. Times*, 23 mai, p. 674.) — De l'influence de certaines conditions du service militaire sur la force musculaire, par J. ROSANOW. (*Voiénno med. Journal*, avril.) — Note sur quelques anomalies musculaires, par F. HEUSTON. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 501, juin.) — Recherches sur la construction simultanée des muscles antagonistes, par BEAUNIS. (*Gaz. méd. de Paris*, 11 juillet.) — Observation de contusion du muscle sus-épineux avec atrophie et parésie des muscles sus- et sous-épineux, guérison par la faradisation, par NICAISE. (*France méd.*, 7 mars.) — Deux cas de myopathie atrophique, type Landouzy-Déjerine, et un cas d'atrophie musculaire, type Aran Duchenne, dans la même famille, par CÉNAS et DOUILLET. (*Loire méd.*, 15 juillet.) — Cas d'atrophie musculaire générale, accompagnée de désordres articulaires, par H. B. DONKIN. (*Med. Times and Gaz.*, 21 fév.)

Myopie. — De la mensuration de la myopie et de l'hypermétropie, par GIUDICI. (*Giorn. di med. milit.*, n° 2.) — Des complications de la myopie progressive, par ABADIE. (*Revue clin. d'ocul.*, n° 3, p. 72.) — Pathogénie de la myopie, par DOBROWOLSKY. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, mars.) — Quatre cas d'astigmatisme myopique, par FERRET. (*Bull. de la clinique nation. ophtalm.* III, 1, p. 47.)

Myxœdème. — Histoire du myxœdème, avec une observation, par KINNIER. (*Med. Record*, n° 4.)

N

Nerf. — Sur le ganglion géniculé des oiseaux, par MAGNIEN. (*Acad. des sciences*, 15 juin.) — Sur l'origine réelle du nerf pneumogastrique, par VINCENZI. (*Gazz. della cliniche Turin*, n° 14.) — Sur les terminaisons nerveuses dans les muscles et la peau, par M. LANDOWSKI. (*Voiénno med. Journal*, avril et mai.) — Structure des cellules nerveuses des ganglions, par VARAGLIA. (*Arch. di psichiatria*, VI, 1 et 2.) — Dix leçons sur la structure des organes nerveux centraux, par LUDWIG EDINGER. (*Stuttgart.*) — De l'emploi du sublimé corrosif pour l'étude des organes centraux du système nerveux, par MONDINO. (*Giorn. della Accad. di med.*, *Turin*, janv.-fév.) — De l'accroissement physiologique du système nerveux, par CATTANI. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 33.) — De la physiologie du rameau sympatique du vague, par OEHL. (*Giorn. della r. Accad. di med. Turin*, janv.-fév.) — Nouvelles recherches sur la régénération des nerfs périphériques, par VANLAIR. (*Acad. des sciences*, 29 juin.)— De la physiologie pathologique du grand sympathique, par CATTANI. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 30.) — La décharge nerveuse, par CHARLES MERCIER. (*Brain*, p. 370, octobre 1884.) — Lésions du système nerveux en relation étiologique avec les affections cutanées, par RADCLIFFE CROCKER. (*Brain*, p. 343, octobre 1884.) — Des œdèmes périphériques d'origine nerveuse, par WEILL. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Névrite primaire multiple, par E. DE RENZI. (*Rivista clin. e terapeut.*, avril.) — La sciatique et proposition d'utiliser les disques ammoniacaux comme vésicatoire, par TURAZZA. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 31.) — La névralgie et les maladies qui lui ressemblent, par P. E. ANSTIE. (In-8°, *New*

York.) — La névralgie scapulo-brachiale, par Lussana. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, n° 16.) — Des abus du bromure de potassium dans le traitement de l'épuisement nerveux d'origine traumatique, par Herbert et W. Page. (*Med. Times*, 4 avril.) — Névromes cicatriciels du plexus brachial, fracture double du bassin, contusion cérébrale, asymétrie cranienne, par Lancry. (*Soc. anat.*, 4 novembre.) — Phénomènes curieux observés à la suite d'une section du nerf médian, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 20 juin.) — Sur la suture des nerfs, par Nicaise. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Recherches expérimentales sur l'élongation non sanglante des nerfs, par Cattani. (*Gazz. d'Ospedali*, n° 4.)

Névrose. — Des névroses dans l'Inde, par Norman Chevers. (*Med. Times*, 24 janv.) — Note sur quatre cas d'hyperesthésie plantaire, par Barbillion. (*Progrès médical*, 9 mai.) — De la migraine, par E. Clifford Allbutt. (*Med. Times and Gaz.*, 14 février.) — Migraine, par A. Drysdale. (*The Practitioner*, avril.)

Nez. — Du pronostic et du traitement du coryza atrophique ou ozène, par Moure. (*Rev. mens. de laryngol.*, 1er juin.) — Hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur des fosses nasales. Sa valeur et son traitement, par Terrillon. (*Progrès médical*, 16 mai.) — 1° Épistaxis grave chez une enfant, à la suite d'un coryza; 2° arrachement avec les doigts d'un gros polype fibreux naso-pharyngien; 3° un danger de l'amygdalotome (fracture de l'anneau tranchant), par L. Katz. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 juin.)— Pharyngite scrofuleuse, cloisonnement et oblitération absolue de l'orifice naso-pharyngien par des brides cicatricielles, par Cadier. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mars.) — Rhinosclérome ou épithélioma du nez, par Breda. (*Riv. venet. di sc. med.*, fév.) — Observations de maladies du sinus frontal, par Kipp. (*Trans. of the American ophthalm. Society.* 20e meeting, p. 712.) — Rhinoplastie, par Polaillon. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mars.) — De l'emploi de l'aluminium aceto-tartaricum et de l'aluminium aceto-glycerinatum dans les affections du nez, par Schaffer. (*Rev. mens. de laryng.*, juillet.) — Traitement de la rhinite aiguë, par Kitchen. (*New York med. Record*, n° 21.)

Nutrition. — Sur la formation de la graisse aux dépens des hydrates de carbone dans les organismes animaux, par E. Meissl et F. Strohmer. (*Sitzungsb. d. k. Akad. d. Wissensch. zu Wien.* Bd. LXXXVIII., p. 205.)

O

Obésité. — De l'obésité, par Schlemmer. (*Union médicale*, 20-21 juin.)

Occlusion intestinale. — Obstruction intestinale. Vomissements fécaloïdes et diarrhée; guérison par la morphine, par Germain Sée. (*Progrès médical*, 6 juin.) — Occlusion intestinale; anus artificiel, par Arnozan et Dudon. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 juin.) — Cas rare d'occlusion intestinale, par Nicaise. (*Rev. de chir.*, avril.) — De l'occlusion intestinale, par Béraud. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Péritonite fœcale, rétrécissement de l'iléon, obstruction intestinale, entérotomie, mort, par Edmond Owen. (*Brit. med. Journ.*, p. 1201, juin.) — Du traitement de l'obstruction intestinale par la belladone et les courants continus, par T. J. Hudson. (*Med. Times and Gaz.*, 27 juin.)

Œil. — Recherches sur l'anatomie humaine et l'anatomie comparée de l'appareil moteur de l'œil, par Motais. (*Arch. d'ophtal.*, V, n° 1, p. 28.) — Atlas d'ophtalmoscopie représentant l'état normal et les modifications pathologiques du fond de l'œil, par R. Liebreich. (1 vol., 3e édit., *Paris.*) — Recherches expérimentales sur la circulation de l'œil et ses rapports avec la circulation cérébrale, par Schulten. (*Arch. of Oph.* Bd. 30, Abth., III.) — L'image hallucinatoire et l'image réelle, par Bernheim et Charpentier. (*Gaz. méd. de Paris*, nos 11-12.)— Des diverses manières de représenter le pinceau astigmate. Le théorème de Sturm et les considérations de Mathiessen, par Leroy. (*Rev. gén. d'ophtal.*, IV, n° 4, p. 145.) — De la nécessité de la numération dans la périoptimétrie, par Gillet de Grammont. (*Rev. clinique d'oculistique*, n° 2, p. 25.) — La périmétrie et le périmètre enregistreur, par Ferri. (*Ann. di ottalm.*, XIV, p. 527.)— Un nouveau périmètre, par Dyer. (*Trans. of the am. ophtalm. Society.*, 20e *annual meeting*, p. 686.) — Recherches optimétriques dans les écoles d'Italie, par Simi. (*Bolletino d'ocul.*, VIII, n° 6, p. 173.) — Blépharostat perfectionné, par Landolt. (*Arch. d'ophtal.*, V, n° 1, p. 52.) — Traité iconographique des maladies externes de l'organe de la vision, par Gelpi y Jofre. (*Barcelone.*) — De l'emploi de l'ophtalmoscope pour le diagnostic médical, par Juler. (*New York med. Record*, n° 25.) — Études d'ophtalmométrie clinique, par Martin. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 août.) — Manuel d'ophtalmologie, par C. Schweigger. (5e édition, *Berlin.*) — Atlas d'ophtalmoscopie, par Rich. Liebreich. (3e édition, *Berlin.*) — Description de la nouvelle clinique ophtalmologique de l'Université de Halle (avec 6 planches), par Bunge. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, février.) — Conseils aux mères dans le but de prévenir l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par Fieuzal. (*Bull. de la clin. nation. ophtal.*, III, 1, p. 78.) — De l'infection de l'œil, ses causes, son traitement, par Chibret. (*Arch. d'ophtalm.*, mai.) — De l'état des nerfs ciliaires dans quelques affections de l'œil, par Brailey. (*Recueil d'ophtalm.*, VII, n° 2, p. 106.) — Troubles périodiques de l'humeur aqueuse, par Macario. (*Revue médicale*, 18 juillet.) — Un cas de stase lymphatique oculaire, par Cicardi. (*Ann. d'ottalmol.*, n° 1.)— Amaurose héréditaire, par Story. (*Ophtalmic Review*, IV, n° 40, p. 33.) — Un cas de colobome maculaire, par Reunszewicz. (*Rev. gén. d'ophtalm.*, IV, n° 4, p. 152.) — Microphtalmie et anophtalmie. Leurs relations avec les vices du développement de l'encéphale et du crâne, par Arlt. (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 fév.) — Microphtalmie et kyste de la paupière inférieure, par Kundrat. (*Soc. des méd. de Vienne*, 30 janv.) — Aniridie congénitale double, par Bégue. (*Bull. de la clin. nat. d'opht.*, III, 1, p. 54.) — Contribution à l'étude des embolies de l'œil, par Hirschberg. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, février.) — Nouvelle contribution à l'étude de l'érythropsie, par Purtscher. (*Ibid.*, février.)— De l'érythropsie, par A. Szili. (*Ibid.*, février.) — Un cas d'érythropsie, par E. Berger. (*Ibid.*, mai.) — Du rétrécissement concentrique du champ visuel consécutif aux troubles fonctionnels de l'écorce cérébrale, etc., par Wildbrand. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, février.)— Une forme particulière d'origine congénitale de la tache jaune, observée aux deux yeux, par Magnus. (*Ibid.*, janvier.) — Contribution à l'étude du staphylome postérieur congénital, par Vossius. (*Ibid.*, mars.) — Une nouvelle forme d'anomalie de la papille en rapport avec la présence d'une grande quantité de fibres nerveuses à myéline et une myopie congénitale très développée, par Eversbuch. (*Ibid.*, janvier.) — Hémiopie temporale, atrophie grise au début, par Bégue. (*Bull. de la clin. nation. ophtalm.*, III, 1, p. 55.) — Diplopie monoculaire sans altération des milieux, par Fontan. (*Rev. clin. d'oculistique*, n° 3, p. 81.) — De l'amblyopie unilatérale simulée, par Chauvel. (*Arch. de méd. et pharm. militaires*, 16 août.) — Un cas de phlegmon de l'œil consécutif à une mé-

ningite, par Weeks. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, mai.) — Notes sur quelques affections syphilitiques de l'œil, par Meighan. (*Med. Times*, p. 5, 3 janvier.) — Gomme de l'iris, rétinite circapapillaire double plus prononcée à gauche, par Campart. (*Bull. de la clin. nation. ophtalm.*, III, 1, p. 58.)— Étude clinique sur un cas d'ophtalmie sympathique, par Fox. (*Trans. of the american opht. Society*, p. 760.) — Des lésions oculaires dans les cas de blessures de la face par armes à feu, par Iénetchinsky. (*Méd. Obosrénié*, nº 10.) — De l'ophtalmie contagieuse dans quelques asiles et écoles de New-York, par Derby. (*New York Acad. of med.*, 4 juin.) — De l'ophtalmie virulente, par Darier. (*Rev. clin. d'oculist.*, nº 3, p. 79.)— Compte rendu de 147 opérations ophtalmologiques, par A. Ostrotski. (*Viéstnik oftalmol.*, nº 2.) — Remarques sur la pathogénie de l'ophtalmie sympathique, par Deutschmann. (*Arch. f. Ophth.* Bd. 30. Abt., 4.) — Sur deux cas d'ophtalmie sympathique, par Browne. (*Ophthalmic Review*, IV, nº 41, p. 65.) — Réflexions sur 4 cas d'ophtalmie sympathique, par Fauchart. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Dermoïdes de l'œil, par Panas. (*Union médicale*, 4 juill.) — Épithélioma de l'angle interne de l'œil avec perforation du sac lacrymal, par Rivière. (*Soc. d'anat. de Bordeaux*, 24 févr.) — Considérations sur les traumatismes de l'œil, par Dehenne. (*Recueil d'ophtalm.*, nº 1, p. 1.) — Exentération du globe oculaire, par Fiske. (*American Journ. of ophtalm.*, vol. II, nº 1, p. 1.) — De l'exentération du globe oculaire, par Dujardin. (*Revue clinique d'oculistique*, nº 1, p. 7.) — Mort consécutive à l'énucléation de l'œil, par Griffith. (*Brit. med. Journ.*, 27 déc. 1884.) — Précautions pour empêcher la méningite après l'énucléation de l'œil, par Priestley Smith. (*Ophtalmic Review*, IV, nº 40, p. 39.) — Suture de la sclérotique, par Tronchet. (*Soc. d'anat. de Bordeaux*, 24 fév.) — De l'avancement musculaire dans les paralysies oculaires, par Dehenne. (*Union médicale*, 2 juin.) — De l'anesthésie en chirurgie oculaire, par Baudry. (*Bull. méd. du Nord*, avril.) — Pilocarpine dans la névrite optique, par S. Sorokine. (*Viéstnik Oftalmologuii*, nº 3.) — Du bain d'œil appliqué à l'œil cocaïnisé ; du bain électrique ; recherches de thérapeutique sur les yeux cocaïnisés, par Courserant. (*Rev. clinique d'oculistique*, nº 3, p. 78.) — Quelques considérations sur la galvanocaustique chimique ou cinisellicaustie. Applications à la chirurgie oculaire en particulier, par Louis Boy. (*Ibid.*, nº 3, p. 57.) — Du traitement et du diagnostic des amblyopies toxiques (alcoolo-nicotienne) par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine, par Coursserant. (*Ibid.*, nº 3, p. 77) — Le sublimé dans l'antisepsie oculaire. La sensibilité de l'iris, considérée au point de vue de l'iridectomie, par Chibret. (*Ibid.*, nº 3, p. 67.) — De la zymase du jéquirity, par Béchamp et Dujardin. (*Acad. des sciences*, 6 juillet.) — De l'efficacité du jéquirity dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse, par Saltini. (*Gazz. degli Ospitali*, nº 10.) — Le jéquirity dans le trachome, par A. Pévunow. (*Viéstnik oftalmologuii*, nºs 1 à 3.) — Ophtalmie jéquiritique, par Andrews. (*Arch. of ophtalmology*, XIII, nº 1.) — Du jéquirity comme traitement des granulations avec pannus, par Webster. (*Med. Record*, nº 7.) — L'électro-aimant en oculistique, par J. Hirschberg. (*Leipzig.*) — De l'application thérapeutique du jéquirity, par Rampoldi. (*Gazz. med. Ital.-Lomb.*, nº 13.) — Notes de thérapeutique oculaire, par Pierd'houy. (*Gaz. med. Ital.-Lomb.*) — L'iodoforme dans la thérapeutique oculaire, par Rosmini. (*Gazz. med. Ital.-Lomb.*, nº 24.) — Le cautère actuel dans la thérapeutique oculaire, par Turazza. (*Gazz. degli Ospit.*, nº 36.)— Les antiseptiques dans la thérapeutique oculaire, par Staderini. (*Boll. della Soc. tra i cultori, Siena*, nº 3.)

Œsophage. — Cathétérisme de l'œsophage ayant déterminé la mort, par Guyot. (*Soc. méd. des hôp.*, avril.) — Cancer de l'œsophage, par Mercandino. (*Gaz. della cliniche*, nº 2.) — Tumeur du cou. Sarcome de l'œsaphage, par Du-

BRUEIL. (*Gaz. méd. de Paris*, 13 juin.) — Cancer de l'œsophage avec ulcération des bronches; mort d'épuisement, par SINCLAIR. (*Brit. med. Journ.*, p. 554, mars.) — Spasmes œsophagiens causés par une gastrite chronique, par PETER. (*Gaz. des hôp.*, 27 juin.) — Un cas d'œsophagotomie externe, par V. LINDENBAUM. (*Vratch*, n° 22.)

Orbite. — Tumeur pulsatile et exophtalmique de l'orbite, suite de traumatisme du crâne, ligature de la carotide primitive, par SATTLER. (*New York med. Record*, n° 24.) — Deux cas d'abcès orbitaires, par LIPPINCOTT. (*Trans. of the Amer. ophthalm. Society*, 20° *Meeting*, p. 702.) — Myxosarcome de l'orbite, par NORRIS. (*Ibid.*, p. 696.)

Oreille. — Traité pratique des maladies de l'oreille, par ROOSA. (In-8°, *New York.*) — Clinique otologique de l'Institution nationale des sourds-muets. Statistique de l'année 1884, par H. MARTIN. (*Ann. des malad. de l'oreille*, mars.) — Revue d'otiatrie pour 1884, par STIÉPANOW. (*Méd. Obosrénié*, n° 12.) — Valeur de l'épreuve des pressions centripètes, par GELLÉ. (*Ann. des malad. de l'oreille*, mai.) — Sur les rapports des maladies de l'oreille avec les affections générales, par KIRCHNER. (*Sitzungst. d. phys. med. Gesell. zu Würzburg*, 1884, p. 123.)— Surdité vasculaire; théorie du tintement d'oreille, par ROBERT COOPER. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 273, avril.) — De la maladie de Ménière et de son traitement, par LELARGE. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Surdité bilatérale traumatique presque complète, cathétérisme et insufflation dans la caisse sans résultat, raréfaction de l'air; guérison, par DELSTANCHE. (*Ann. des malad. de l'oreille*, mai.) — Lésions traumatiques de la membrane du tympan, par BACON. (*New York med. Record*, n° 15.) — Remarques sur le traitement de l'otorrée, par BOTTARI. (*Raccoglitore med.* n° 14.) — Observation d'otite moyenne et interne, par IMBRIACO. (*Giorn. di med. milit.*, n° 2.) — Des complications de l'otite moyenne suppurée et de la trépanation mastoïdienne, par JAN. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Paralysies faciales traumatiques avec troubles auditifs et otorragie, par L. VÉRON. (*Bull. Soc. Chir.*, p. 656, 1884.) — Le traitement opératoire de la mastoïdite, avec faits, par J. BACON. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mai.)

Oreillon. — Du caractère infectieux de l'affection ourlienne, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 16 juin.) — Complications du côté des organes des sens dans le cours des oreillons, par FOURNIÉ. (*Arch. de méd. militaire*, 16 mars.)

Organismes inférieurs. — Les microbes, résumé de conférences à l'université de Genève, par H. FOL. (In-4° avec planches, *Paris.*) — Les microparasites dans les maladies infectieuses, par BORDONI-UFFREDUZZI. (In-8° avec planches, *Turin.*) — Passage des microbes pathogènes de la mère au fœtus, par KOUBASSOFF. (*Acad. des sciences*, 6 juillet.) — Les microbes pathogéniques, par ARTIGALAS. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 31 mai.) — Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses, par CORNIL et BABÈS. (In-8°, *Paris.*) — Observations et expériences sur le pneumococcus, par FOA et RATTONE. (*Gazz. delle clin.*, n° 3.) — Les germes atmosphériques des bacilles courbes, par HÉRICOURT. (*Rev. d'hyg.*, VII, n° 4.) — Sur un diplococcus pyogène, par BUMM. (*Sitzungsb. der phys. med. Gesell. zu Würzburg*, p. 1.)

Os. — De la régénération de quelques éléments de la moelle des os, par PISENTI. (*Gazz. d. Ospitali*, n° 25.) — Recherches chimiques sur les modifications du tissu osseux sous l'influence de l'intoxication mercurielle et de l'amputation, par G. FRUTIGER. (*Dissertat. de doct. ès sciences*, in-8°,

Genève.) — Ostéite tuberculeuse du coude, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 4 juin.) — Notes sur l'ostéomyélite aiguë spontanée ou infectieuse, par Lange. (*New York surg. Soc.*, mai.) — Un cas d'ostéomyélite subaiguë de l'extrémité inférieure du péroné à forme torpide, par Trélat. (*Progrès médical*, 30 mai.) — Trois cas d'ostéomyélite diffuse spontanée, par Zamboni. (*Riv. Veneta di sc. med.*, mars.) — De l'ostéomyélite subaiguë ou insidieuse pendant la grossesse, par Ivanof. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Redressement des membres rachitiques en les fracturant artificiellement, par Hepenstal Ormsby. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 483, juin.)—Nécrose de la partie inférieure du fémur, épithélioma, amputation, par Mac Burney. (*New York surg. Soc.*, 23 mars.) — De l'influense des contusions répétées sur le développement des tumeurs malignes des os, par Barette. (*Rev. de Chir.*, avril.) — Sarcome carcinomateux des os, par Lagrange. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 juin.) — Étude comparative de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie dans le traitement du genu valgum, par Roger. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Observation d'ostéotomie (opération de Mac Ewen) dans 12 cas de genu valgum, par Hepenstal Ormsby. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 292, avril.) — Ostéotomie astragalienne dans le traitement du pied plat, par Stokes. (Discussion, Kendal, Franks.) (*Brit. med. Journ.*, p. 789, avril.)

Ovaire. — Ovarite suppurée, abcès enkysté de l'ovaire gauche, pelvi-péritonite purulente circonscrite en arrière du ligament large droit, tuberculose pulmonaire au début, mort subite, par Letulle. (*Soc. anat.*, 21 nov. 1884.) — D'un cas de concrétion calcaire de l'ovaire, par Romiti. (*Bol. della Soc. tra i cultori*, n° 2.) — Du péritonisme envisagé comme indication de l'ovariotomie par Le Dentu. (*Rev. de chir.*, janv.) — Observation de kyste dermoïde guéri par ouverture spontanée dans l'intestin, par W. F. Atlee. (*Boston med. and surg. Journ.*, 7 mai.) — Sarcome encéphaloïde de l'ovaire, laparotomie, mort, par Gallozzi. (*Gaz. degli Ospital.*, 5 avril.) — Rupture d'un kyste ovarique dans l'intestin, par Radcliffe. (*Med. News*, 16 mai.) — Ovariotomie : mode opératoire et pansement, par James Hunter. (*New York med. Journ.*, 7 juin 1884.) — Ovariotomie double (seconde laparotomie); par De Simone. (*Rivista clin. e terap.*, mars.) — Réflexions à propos de trente-cinq observations d'ovariotomie et laparotomie, par Terrillon. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 octobre 1884.) — Quatre ovariotomies, par K. Vovstitzky. (*Vratch*, n° 25.) — Des indications de la castration chez la femme, par V. Soutouguine. (*Vratch*, n° 20.) — Kyste du para-ovarium, ponction, gastrotomie, extirpation du kyste et de l'ovaire correspondant, lui-même parsemé de nombreux kystes, par Polaillon. (*Bul. Soc. de chir.*, p. 255.) — Ovariotomie. Kyste multiloculaire; guérison, par Terrier. (*Union méd.*, 9 juillet.) — Ovariotomie double; guérison, par Terrier. (*Union méd.*, 4 juin.) — De la fièvre traumatique non septique après l'ovariotomie, par Fraenkel. (*Arch. f. Gynaek.* XXV, Heft 1.)

P

Palais. — Staphylorraphie chez l'adulte, suivie d'un succès complet, par Landi. (*Raccoglitore med.*, n° 11.)

Pancréas. — Un cas de cancer de la tête du pancréas, par Rotch. (*Boston med. and surg. Journal*, 19 février.) — Contribution à l'anatomie pathologique du pancréas dans les maladies chroniques généralisées, par G. Rodionow. (*Voiénn. méd. Journal*, avril.) — Contribution à la question de la formation de la tripsine et du zymogène dans le pancréas, par S. Lévachow. (*Yég. klin. Gazeta*, nos 19 à 21.) — Péri-hépatite : oblitération des conduits biliaires et pancréatiques; dégénérescence kystique du pancréas, par Benham. (*Med. Times*, p. 314, 7 mars.)

Pansement. — Du sublimé en chirurgie, par Vignes. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Pansement des plaies par la naphtaline, par Dovodtchikoff. (*Vratch*, n° 25.) — Contribution à la question du pansement antiseptique, par N. Wéliaminoff. (*Khirourg. Viéstnik*, mai-juin.) — La sphaigne comme moyen de pansement, par V. Néchel. (*Vratch*, n° 24.) — Entérite toxique, causée par le sublimé en pansement, par Peabody. (*Med. Record*, n° 11.) — Sutures en crin de cheval et drainage, par Lewis. (*Med. Record*, n° 4.) — L'alun calciné, additionné d'iodoforme pour le pansement des plaies, par Goldfeld. (*Vratch*, n° 3.)

Papillome. — Des papillomes simples, par Notin. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.)

Paralysie. — Paralysie subite des quatre membres chez un jeune homme de 19 ans, par Desnos. (*Gaz. des hôp.*, 4 juillet.) — La plaque motrice terminale et la paralysie périphérique, par H. Gessler. (*Leipzig.*) — Paralysies subites à la suite du coït. (*Gaz. des hôp.*, 4 juillet.) — Deux cas de monoplégie brachiale, par Martel. (*Gaz. des hôp.*, 9 juin.) — Paralysie arsenicale, par Scolozouboff. Analyse par Bochefontaine. (*Arch. de phys.*, 1er octobre 1884.) — Du courant constant et du courant induit dans le diagnostic des paralysies, par Scolozouboff. Analyse par Bochefontaine. (*Ibid.*, 15 nov.) — De la paralysie pseudo-hypertrophique, par Bourdet. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, février.) — Clinique sur deux cas de paralysie pseudo-hypertrophique, par V. Whitla. (*Med. Times*, 28 février.) — Paralysies toxiques et paralysie alcoolique, par Lancereaux. (*Union médicale*, 14 juillet.) — Des paralysies traumatiques d'origine périphérique, par Fauvel. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Contribution à la connaissance de la paralysie progressive, par Rieger. (*Sitzungsb. d. phys. medicin. Gesell. zu Würzburg*, p. 133, 1884, et p. 8, 1885.) — Anatomie pathologique de la paralysie infantile, par Damaschino. (*Gaz. des hôp.*, 9 juillet.) — Paralysie générale à dix-sept ans, par Régis. (*Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 8 mai.)

Pathologie. — Considérations générales sur les réactions constitutionnelles, par Andrieu. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Leçons sur la pathologie interne et la thérapeutique, par C. Liebermeister, tome I. Maladies infectieuses. (*Leipzig.*)

Paupière. — Des glandes du tarse des paupières, par E. Wolfringue. (*Viestnik oftalm.*, n° 1.) — Trois cas de blépharoptose congénitale atrophique, par Rampoldi. (*Ann. d'Ottalm.*, n° 1.) — Opération de l'entropion, par Green. (*Amer. J. of Ophtalm.*, I, n° 9, p. 247.) — Trois cas de réparation des paupières par transplantation d'un lambeau cutané sans pédicule, par Bull Stedman. (*Trans. of Amer. Ophthal. Society*, 20e annual meeting, p. 636.) — Contribution à l'étude du chancre des paupières, par Baudry. (*Archives d'ophtalmologie*, t. V, n° 1, p. 55.) — Chancre de la paupière inférieure, par Badal. (*Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 19 juin.) — Du raccourcissement congénital des paupières, par Fucks (de Liège). (*Med. Times and Gaz.*, 13 juin.) — Contribution à l'étude des tumeurs des paupières, par E. Go-

RYVAIÉFF. (*Viéstnik Oftalm.*, nº 3.) — Un cas de nystagmus, par J. PZYBYLSKI. (*Viéstnik Oftalmolog.*, nº 3.) — Traitement de l'entropion par le thermocautère, par ISSOULIER. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.)

Peau. — Revue de la littérature dermatologique russe pour l'année 1884, par IGNATIEFF. (*Méd. Obosrénié*, nº 9.) — Revue des travaux de dermatologie pour 1884, par SKOURKOVITCH. (*Méd. Obosrénié*, nº 11.) — Sarcome multiple de la peau. Traitement par les injections hypodermiques de liqueur de Fowler, par F. C. PLATTNEK. (*Boston med. and surg. Journal*, 25 juin.) — L'huile de dééline dans les maladies de la peau, par J. ROBERTS. (*The Practitioner*, juin.) — De l'emploi du vin antimonié dans certaines maladies de peau, avec notes sur son administration à doses faibles et fréquentes, par J. KENT SPENDER. (*The Practitioner*, mars.) — Administration interne de la térébenthine dans les maladies de la peau, par RADCLIFFE CROCKER. (*Ibid.*, mars.)

Pellagre. — La pellagre sans maïs, par LUSSANA. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, nº 7.)

Pénis. — Fistules péniennes, par LE FORT. (*Gaz. des hôp.*, 9 juillet.) — Des fistules péniennes, par LE DENTU. (*Gaz. méd. de Paris*, 23 mai.) — Note sur un cas de fistule pénienne cicatricielle et sur le procédé opératoire qui a produit la guérison, par TERRILLON. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mars.) — Des dermatoses du gland, par WEYL. (*Deutsche med. Woch.*, nº 8.)

Péricarde. — Hernie et diverticules du péricarde, par COEN. (*Bull. delle sc. med.*, nº 1.) — Un cas d'incision du péricarde dans la péricardite purulente, par Mme MIKHAÏLOVA. (*Méd. Obosrénié*, nº 5.) — Péricardite purulente et myocardite suppurée suivie d'accidents pyohémiques, par BROSSARD et DALCHÉ. (*Gaz. méd. de Paris*, 25 juillet.) — Péricardite purulente, aspiration, mort, par F. RAVEN. (*Brit. med. Journ.*, p. 1246, juin.)

Périnée. — Opération chirurgicale simple et efficace pour la déchirure incomplète du périnée, par WYLIE. (*Med. Record*, nº 13.) — De la périnéorraphie immédiate, par ALIX. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Remarques sur la rupture du périnée, par HAMILTON. (*New York med. Record*, nº 25.) — Sur un cas de perforation centrale du périnée, par MASINI. (*Ann. di Ostetricia*, mars.) — Des modifications récentes de la périnéorraphie, par SIDKY. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Anatomie topographique du périnée chez l'homme, par E. SALISCHÉFF. (*Voiénno méd. Journal*, mai.)

Péritoine. — Observation de cancer endothélial primitif du péritoine, par BONUZZI. (*Riv. veneta di sc. med.*, avril.) — Péritonite généralisée ; exploration et drainage par un sac fémoral vide. Mort. Ulcère perforant du duodénum, par GODLEE. (*Med. Times*, p. 678, 23 mai.)

Pied. — Du pied plat et du pied tabétique, par MILIOTTI. (*Raccoglitore med.*, nº 11.) — Traitement mécanique du pied bot équin, par JUDSON. (*New York med. Record*, nº 20.) — Sur le développement du pied équin et du pied talus congénitaux, par VALHETTI. (*Gazz. d. Ospedali*, nº 1.)

Pharmacologie. — Les plantes officinales et leurs préparations, par HUGO SCHULZ. (*Wiesbaden.*) — Action physiologique de l'antipyrine, comparée à celle de la kairine, par PAVLINOW. (*Méd. Obosrénié*, nº 12.) — Action de l'antipyrine sur le symptôme fièvre, par FAVARI. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, nº 23.) — Action physiologique de l'antipyrine, par COPPOLA et PELLACANI. (*Arch. per le scienze med.*, XIX, nº 1.) — Sur l'antipyrine, par FRÉDÉRIC WURTZ. (*Bull. gén. de thérapeut.*, 30 décembre 1884.) — Notes sur l'action

de l'antipyrine, par Monti. (*Bull. delle sc. med.*, mars.) — Note sur les propriétés chimiques de l'antipyrine, par Bardet. (*Bull. gén. de thérap.*, n° 3.) — Étude de l'antipyrine, par Arduin. (*Bull. gén. de thérap.*, n° 6.) — De l'action physiologique de l'antipyrine, par Coppola. (*Ann. di chimica*, janvier.) — De l'antipyrine, par Rohmer. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er août.) Des sels de thalline, par Massara. (*Riv. veneta di sc. med.*, mai.) — Températures fébriles et antipyrétiques; la thalline, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 25 juin.) — Étude expérimentale de la colchicine cristallisée, par Laborde et Houdé. (*Trib. méd.*, 5 juillet.) — Pharmacologie du groupe de la quinoléine, par Pellacani. (*Arch. per le scienze med.*, XIX, n° 1.) — Recherches expérimentales et thérapeutiques sur l'action somnifère d'un glucoside du Boldo, par Juranville. (*Thèse de Paris*, 1er août.) — Sur les effets physiologiques du guarana et de la guaranine, par Gosset-Deslonchamps. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Sur une nouvelle réaction de la digitaline, par Lafon. (*Acad. des sciences*, 8 juin.) — L'action ecbolique du chlorhydrate de pilocarpine, par Eugenio. (*Il Morgagni*, n° 2.) — Le chlorhydrate de cocaïne en oculistique, par Sédan. (*Gaz. des hôp.*, 20 janvier.) — De l'action physiologique de la neurine, par Cervello. (*Ann. di Chimica*, janvier.) — Etude chimique et toxicologique du chloral hydraté, par Vitali et Sormani. (*Ann. di chimica*, mars.) — Étude expérimentale sur l'action physiologique de l'huile essentielle de térébenthine, par V. Gauthier. (*La Medicina contempor.*, août 1884.) — Étude sur le sulfure de carbone, par Sappelier. (*Thèse de Paris*, 17 juin.) — Pharmacologie du fer, par V. Podwysotzky. (*Vratch*, nos 18 et 21.) — Étude physiologique et toxicologique de quelques préparations chromées, par Viron. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

Phlegmon. — Des inflammations et des phlegmons du membre thoracique, par Vergos. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.)

Physiologie. — Sur quelques expériences exécutées sur un supplicié, par Regnard et Loye. — Observations sur ce sujet, par Bert. (*Acad. des sciences*, 20 juillet.)

Placenta. — Note sur un cas d'insertion filamenteuse du cordon avec hydramnios, par Bertazzoli. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, n° 12.) — Extraction du placenta par le procédé de Lasarévitch (redressement de l'utérus avec pression sur son fond), par Tschounikhine et M. Bril. (*Vratch*, n° 27.) — De la rétention du placenta, par de Torres Mendiola. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.)

Plaie. — Expériences sur les traumatismes par armes à feu, par Ravaglia. (*R. Acad. dell' Ist. delle sc. di Bologna*, 22 février.)

Plèvre. — Observation de pleurésie infectieuse, par Pernice. (*Morgagni*, 30 mai.) — Transmission des sons à travers les différents liquides endopleuriques, par Brancaccio. (*La Medicina contempor.*, février.) — De la pleurésie interlobaire aiguë, par Martinelli (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — De la pleurésie précédant le début de la tuberculose pulmonaire, par Chauvet. (*Lyon méd.* 24 mai.) — Cancer de la plèvre, par Ayrolles. (*Soc. anat.*, 21 novembre 1884.) — De la médication pleurale antiseptique, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. gén. de thérapeut.*, 15 juin.) — De l'expectoration séreuse après la thoracentèse, par Scriba. (*Deutch. Arch. f. klin. Med.* XXXVI, Heft 3 et 4.) — Empyème traité par l'aspiration quotidienne par le tube à drainage, par Milliken. (*New York med. Record*, n° 24.) — A propos de la pleurotomie, par Le Gendre. (*Union médicale*, 30 mai.) — Observation de pleurotomie antiseptique précoce, suivie d'un seul lavage;

guérison en six semaines, par Moizard. (*France méd.*, 22 avril.) — Du traitement chirurgical de l'empyème, par Minich. (*Atti dell' Istit. Veneto*, n° 2.)

Poumon. — Résumé de 252 cas de pneumonies lobaires, par Doubleday. (*Med. Record*, n° 13.) — De la nature parasitaire de la pneumonie, par Sée. (*Union médicale*, 9 juin.) — De l'élément infectieux de la pneumonie, par Artigalas et Rivals. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 10 mai.) — Sur une épidémie de pneumonie croupale, par F. Zavarikine. (*Vratch*, n° 19.) — Note sur un cas de pneumonie franche aiguë du côté gauche, avec herpès considérable de la lèvre supérieure, de l'oreille droite et du cou, par Séglas. (*Progrès médical*, 11 juillet.) — Deux cas de pneumonie intermittente, par John Gason. (*Med. Times*, p. 741, 6 juin.) — Traitement de la pneumonie aiguë, par Benham. (*Med. Times*, p. 73, 17 janvier.) — De l'indication des vésicatoires dans le traitement de la pneumonie, par Dejean. (*Bull. gén. de thérap.*, n° 6.) — Lympho-sarcome du poumon gauche avec déplacement énorme du cœur. Autopsie, par Finlay. (*Med. Times*, 31 janvier.) — Échinocoque du poumon, par de Renzi. (*Rivista clin. e terapeut.*, juin.) — Sarcome primitif du poumon. (*Ibid.*, juin.) — De la médication pulmonaire antiseptique, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mai.) — Hémoptysies répétées, traitées par la production artificielle d'un pneumo-thorax, pour amener le collapsus du poumon. Mort subite cinq jours après l'opération, par Cayley. (*Brit. med. journ.*, mai.) — Un cas intéressant de pneumo-thorax, par D. Rodsaiévsky. (*Vratch*, n° 26.) — De l'abcès pulmonaire consécutif à la pneumonie fibrineuse, par Foa et Rattone. (*Gazz. delle Clin.*, n° 5.) — Détermination exacte des lobes pulmonaires par l'auscultation stéthoscopique de la pneumonie, par Bianchi. (*Gazz. d'Ospedali*, n° 4.) — Du traitement chirurgical des cavernes pulmonaires, par F. Wunderlich. (*New York med. Journ.*, 10 janvier.) — Le pneumothorax ouvert, par Roser. (*Deutsche med. Woch.*, n° 8.) — Pneumonie chronique avec abcès, infection purulente, double empyème. Mort, par Sinclair. (*Brit. med. journ.*, p. 1096, mai.)

Prostate. — Hypertrophie prostatique traitée par la cautérisation galvanique, par Musatti. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 34.)

Psychoses. — Sur les terreurs morbides et le délire émotif en général, par Doyen. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — De l'hypochondrie et de la folie hypochondriaque, par G.-H. Sauvage. (*Guy's Hosp. Rep.*, p. 175, 1884.) — Étude des psychoses dégénératives, par Andriani. (*Psichiatria*, n°s 3 et 4.)

Ptomaïnes. — Cristaux inorganiques dans la putréfaction, par Tamassia. (*Atti dell' Istit. Veneto*, n° 3.)

Puerpéral (État). — Étude de la fièvre tardive chez les accouchées, par Fassari. (*Raccoglitore med.*, n° 5.) — Les fièvres puerpérales, par Robert Barnes. (*Brit. med. Journ.*, p. 1183, 1884.) — Pathologie et traitement des affections puerpérales, par Fritsch, traduit de l'allemand, par Lauwers et Hertoghe. (Un vol. in-16, Bruxelles.) — Paludisme et puerpéralité, par Bonfils. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Nature et prophylaxie des fièvres graves des accouchées, par Will. Neville. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 315, octobre 1884.) — Un cas de septicémie puerpérale guérie par les injections intra-utérines de sublimé, par Santi Bivona. (*Sciacca.*) — De la phlegmatia alba dolens des femmes en couches, par Le Gal. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Accidents puerpéraux chez une multipare. Infec-

tion par une fosse d'aisances. Embolies pulmonaires. Pleurésie. Endopéricardite, par Notta. (*Union médicale*, 2 juillet.)

Purpura. — Du purpura urticans, par J. S. Bristowe. (*Med. Times*, 9 mai.) Du purpura rhumatismal, par Teixeira. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.)

Pyohémie. — Pyohémie septique, suite de couches avec choroïdite métastatique, par Hemt. (*Med. Record*, n° 1.)

Q

Quina. — De quelques troubles graves produits par l'action de la quinine, par Staderini. (*Boll. della Soc. tra i cultori*, *Siena*, n° 1.)

R

Rachis. — Rachis des vertébrés, par A. Lavocat. (Broch., *Toulouse.*) — Du traitement vertébral d'origine traumatique, par Bourdon. (*Thèse de Lille*, n° 5.) — Un cas de paraplégie spasmodique par traumatisme vertébral, par Cammareri. (*Gazz. d'Ospedali*, n° 17.) — Du spinabifida et de son traitement par l'injection de solution iodo-glycérinée. (*Soc. clin. de Londres.— Brit. med. journ.*, p. 1098, mai.) — Synostose des vertèbres dorsales, par Colley. (*Med. Times*, p. 128, 24 janv.)

Rachitisme. — Recherches sur l'ostéomalacie et le rachitisme, suivies d'études sur la résorption et l'apparition du tissu osseux aux différentes périodes de la vie, et sur les vaisseaux perforants, par Gustav Pommer. (Leipzig.) — Des symptômes du rachitisme, par Kassowitz. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XXIII, Heft 3.) — Le traitement du rachitisme, par Tedeschi. (*Riv. veneta di sc. med.*, mai.) — Recherches sur le traitement par le phosphore à la division des enfants à la Charité de Berlin, par Kassowitz. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XXIII, Heft 3.)

Rage. — De la trachéotomie dans la rage, par G. U. Pitt. (*Med. Times and Gaz.*, 20 juin.)

Rate. — Des abcès de la rate, par Grandmoursel. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.)

Rectum. — Prolapsus du rectum guéri par l'excision partielle de la muqueuse, la suture et la reconstitution de l'orifice anal, par Bompain. (*Bull. della Accad. di Roma*, n° 8, 1884.) —Gangrène du rectum à la suite d'hémorroïdes et de rétention fécale, par W. Wright. (*The Dublin Journ. of med. journ.*, p. 289, avril.)

Rein. — Études sur la circulation sanguine des reins, par T. Steinach. (*Sitzungsb. d. kais. Akad. d. Wissens. zu Wien.* Bd XC, p. 171.) — Un cas d'anurie calculeuse suivie de guérison, par Gr. Casella. (*La Medicina contemporanea*, mars.) — Deux cas de néphrite dans la varicelle, par Högyes. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XXIII, Heft 3.) — Néphralgie (simulant une colique néphrétique d'origine calculeuse), suite des fièvres palus-

tres, par J. W. Kirkham. (*Med. Times*, 4 avril.) — De la néphrite traumatique, par Foa et Rattone. (*Gazz. delle clin.*, nº 10.) — Pyélonéphrite scrofuleuse, par J. Magee Finny. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 263, mars.) — Ulcérations intestinales chez une femme morte d'une néphrite d'origine typhoïde, par Tronchet. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 31 mars.) — Des néphrites mycosiques, par Piecrini. (*Morgagni*, 30 mai.) — Étude sur un cas de pyélo-néphrite calculeuse, par Chauffard. (*Société méd. des hôpitaux*, 20 mai.) — De la néphrite secondaire aux affections cardiaques, par Sieurac. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — De la globuline dans l'urine des néphritiques, par D. Kamensky. (*Vratch*, nº 23.) — De la pyélo-néphrite primitive, par A. Robin. (*Gaz. méd. de Paris*, 2 mai.) — Action de la nytroglycérine dans les néphrites, par P. Bourginesky. (*Vratch*, nº 21.) — Rupture du rein, par James Spence. (*Medical Times*, p. 9, 3 janvier.) — Un cas de dégénérescence kystique des deux reins, par N. Bogoyavlénsky. (*Méd. Obosrénié*, nº 9.) — Un cas de lympho-sarcome du rein, par Rabagliati. (*Med. Times*, p. 141, 24 janv.) — Sarcome congénital du rein avec fibres musculaires striées, par F. Brosin. (*Arch. f. path. An. u. Phys.* XCVI, H. 3, p. 453.) — Des affections malignes primitives du rein (statistique de 60 néphrectomies), par G. Minges. (*Journ. of the americ. med. assoc.*, 6 juin.) — Néphrectomie par l'incision abdominale, par Thornton. (*Med. Times*, p. 347, 14 mars.) — Contribution à l'histoire de la néphro-lithotomie, par Downes. (*Med. Times*, p. 238, 21 février.) — Observations de néphro-lithiase, avec uro-néphroectasie; émission de 9 litres d'urine, guérison, par de Pietra. (*Arch. clin. ital.*, nº 4.)

Résection. — De la résection du maxillaire supérieur (1 cas), par G. Peters. (*New York med. journ.*, 17 janvier.) — Résection complète de la clavicule atteinte d'ostéo-sarcome, par W. Wheeler. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 369, mai.) — Résection de l'épaule, par W. Wheeler. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 465, juin.) — Carie du condyle interne du fémur, résection partielle, guérison sans ankylose, par Arthur Jackson. (*Brit. med. Journ.*, p. 891, mai.) — De la résection du genou, par Paradisi. (*Gazz. delle cliniche*, nº 1.) — Résection du genou, par Petit. (*Bull. de la Soc. d'anat. de Bordeaux*, 24 fév.) — De la résection du genou dans les arthrites fongueuses, par J. Dérévianko. (*Voiénno méd. Journal*, avril.) — Un cas de résection du cou-de-pied, par Rawdon. (*Med. Times*, p. 414, 28 mars.) — De la résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe, par Ménager. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.)

Rétine. — Anesthésie de la rétine, par Ayres. (*American Journ. of ophtal.*, vol. II, p. 40, nº 1.) — Contribution à l'étude de l'étiologie de la rétinite pigmentaire, par Perret. (*Bulletin de la clinique nationale ophtalm.*, IV, 1, p. 32.) — Embolie d'une branche de l'artère centrale de la rétine avec infarctus hémorragiques, par Hoffmann. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, janv.) — Amaurose consécutive à une rétinite albuminurique, par Landesberg. (*Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, avril.) — Un cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine, par Schell. (*Trans. of the american opht.*, 20e meeting, p. 689.) — Troisième contribution au traitement du décollement de la rétine, par Dransart. (*Bulletin médical du Nord*, mai.) — Traitement du décollement de la rétine, par Castorani. (*Riv. clin. dell' Univ. di Napoli*, nº 4.) — Du gliome de la rétine, par Fouchard. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.)

Rhumatisme. — Rhumatisme articulaire larvé, par Immermann. (*Wiener med. Blätter.*) — Du rhumatisme puerpéral, par Barral. (*Thèse de Paris*,

16 juillet.) — Du pseudo-rhumatisme de surmenage, par A. ROBIN. (*Gaz. méd. de Paris*, 20 juin.) — Coexistence de nodules sous-cutanés rhumatismaux et d'une affection du cœur, par EDGE. — Même sujet par W. JORDAN. (*Brit. med. Journ.*, p. 737, avril, p. 889.) — Sur un cas de rhumatisme chronique traité avec succès par la faradisation humide et la diélectrolyse iodique, par A. BRONDEL. (*Bull. gén. de thérapeut.*, 30 avril.)

Roséole. — La roséole squameuse dans ses différentes formes, par CHAPARD. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.)

Rougeole. — La morbidité, la mortalité et la médecine préventive de la rougeole, par ELOY. (*Union médicale*, 7 mai.)

Rumination. — La rumination dans l'espèce humaine, par CANTARANO. (*Psichiatria*, nos 3 et 4.)

S

Salivaire (App.) — De la grenouillette congénitale par dilatation du canal de Wharton imperforé, par REMIGNON. (*Thèse de Paris*, 15 juillet.)

Sang. — Recherches sur les bactéries du sang humain, par G. VON HOFFMANN. (*Berlin.*) — Sur les changements du nombre des éléments figurés du sang et de la quantité d'hémoglobine dans quelques maladies infectieuses, par L. JOUNAS. (*Yégén. klin Gazeta*, n° 22.) — Sur la numération des éléments du sang, par TOISON. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, février.)

Saturnisme. — De l'azoturie saturnine, par CUISINIER. (*Thèse de Lille*, 3e série, n° 2.) — Physiologie pathologique de la colique de plomb, par LOBER. (*Bull. méd. du Nord*, avril.) — De l'athérome artériel dans ses rapports avec l'intoxication saturnine, par GOSSELIN. (*Thèse de Lille*, n° 8.) — Atrophie musculaire d'origine saturnine, par W. SUCKLING. (*Brit. med. Journ.*, p. 696, avril.)

Scarlatine. — Sur les phénomènes prurigineux que l'on rencontre à la période d'invasion de la scarlatine, par LE GUELLANT. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Étiologie et traitement de la scarlatine, par W. WHITTA. (*The Dublin J. of med. sc.*, p. 177, mars.) — Scarlatine hémorragique chez une femme récemment accouchée; guérison, par KAHN. (*Loire médicale*, juin.) — Symptomes typhoïdes dans un cas de scarlatine, par GLŒSER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 11.) — Des arthrites scarlatineuses, par BOKAI JUN. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XXIII, Heft 3.)

Sclérose. — Le diagnostic pathogénique des sclérodermies, par HUCHARD. (*Union médicale*, 7 juillet.) — Contribution à l'étude de la sclérose, par DUPLAIX. (*Arch. gén. de méd.*, février.)

Scrofule. — Gomme scrofuleuse de la voûte palatine, par FÉRÉOL. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 juin.) — La pseudo-scrofule, par CHAUMIER. (*Gaz. méd. de Paris*, 8 août.) — De la scrofule, leçon, par FORCHHEIMER. (*Med. News*, 25 avril.)

Seigle. — Sur les principes actifs du seigle ergoté, par TANRET. (*Bul. gén. de thér.*, n° 5.)

Septicémie. — De la septicémie salivaire chez les lapins, par Bordoni. (*Gazz. delle cliniche*, n° 26.) — Morsure par l'homme suivie de septicémie, guérison, par Carpenter. (*New York med. Record*, n° 18.)

Sperme. — Sur l'unité du processus de la spermatogenèse chez les mammifères, par Laulanié. (*Acad. des sciences*, 2 juin.)

Spina bifida. — Un cas de spina bifida guéri par l'injection de Morton, par Bivona. (*Gaz. degli Ospit.*, n° 42.) — Traitement du spina bifida par les injections d'iodo-glycérine. (*Med. Times*, 30 mai, p. 727.)

Statistique. — Étude sur le mouvement de la population en France, par Coumailleau. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

Surdité. — La surdi-mutité en Saxe, par H. Schmaltz. (*Leipzig*, 1884.)

Synoviales. — Des hygromas suppurés de la bourse prérotulienne, par Revol. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Du traitement de l'hygroma par les lavages phéniqués, par Courtade. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 février.) — Traumatismes et phlegmasies de la bourse séreuse olécranienne, par Tournay. (*Thèse de Lille*, 3e série, n° 4.) — Kyste de la bourse séreuse de Boyer, par Mandillon. (*Bull. de la soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 26 juin.) — Nature tuberculeuse des hygromas et des synovites tendineuses à grains riziformes, par Nicaise, Poulet et Vaillard. (*Rev. de chir.*, août.)

Syphilis. — Le microbe de la syphilis, par Marcus. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Leçons sur la syphilis, par Leloir. (*Progrès médical*, 16-23 mai.) — Chancres et syphilis, par Hutchinson. (*Med. Times*, p. 374-405.) — De la syphilis pigmentaire, particulièrement chez l'homme, par Romalo. (*Thèse de Paris*, 31 juillet.) — Étude de l'hémoglobine du sang des syphilitiques, par Bossi. (*Gaz. delle cliniche, Turin*, n° 16.) — La syphilis placentaire, par Gascard. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — De l'expertise médico-légale relative à la transmission de la syphilis d'un nourrisson à la nourrice, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 11 juin.) — Syphilis cérébrale, par Althaus. (*Brit. med. Journ.*, p. 895, mai.) — Observations d'accidents cérébraux dans la syphilis secondaire, par Greenough. (*Boston med. and surg. Journal*, 11 juin.) — De la syphilis du maxillaire inférieur, par Chabaud. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Un cas de pleurésie syphilitique, par Napoletano. (*Rivista clin. e terap.*, juillet.) — Un cas de syphilides papulo-érosives hypertrophiques des conduits auditifs externes, par Noquet. (*Rev. mens. de laryngol.*, juillet.) — Sur les gommes du tympan, par Baratoux. (*Rev. mens. de laryngol.*, juillet.) — Sur la syphilis précoce des membranes profondes de l'œil, par Bacchi. (*Bul. de la clin. nat. d'ophtalm.*, III, 1 p. 40.) — Nécrose syphilitique ou ostéomyélite ; guérison rapide, par Berkelev Hill. — Large ulcération syphilitique du scrotum survenue sous l'influence d'un traumatisme, par le même. (*Brit. med. journ.*, p. 782, avril.) — Un cas de syphilis miliaire congénitale de la rate, par Baumgarten. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, XCVII, H. 1, p. 36.) — Un cas de syphilis congénitale de l'intestin, par Baumgarten. (*Ibid.*, XCVII, H. 1, p. 39.) — Du syphilome chancriforme des organes génitaux, par Declercq. (*Thèse de Lille*, n° 9.) — Épididymite syphilitique précoce, par Arthur Cooper. (*Brit. med. journ.*, p. 1094, mai.) — Le traitement de la syphilis constitutionnelle d'après le procédé de Smirnoff, par Soffiantini. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, n° 1. — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel, par Smirnoff. (*Helsingfors*, 1883.) — Quelques mots sur les injections hypodermiques de calomel dans le traitement de la syphilis, par L. Jullien. (*Ann. de dermat.*, 2e série, 1883.) — Du traitement local des accidents cutanés de la syphilis, par Dubromelle. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.)

T

Tabac. — Tabac et tabagisme, par Cuny. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Cardiopathies et amblyopies tabagiques, par Longuet. (*Union médicale*, 23-25 juin.)

Tænia. — Vingt-trois tænias expulsés le même jour, par Laveran. (*Arch. de méd. militaire*, mars.) — Tænias du chien, et leur transmission à l'homme, par Déperet. (*Arch. de méd. militaire*, 16 avril.)

Taille. — De la taille hypogastrique chez les enfants, par Dauhiez. (*Thèse de Lille*, n° 6.) — Sur la cystotomie pubienne, par Swindford. (*Med. Times*, 30 mai, p. 705.) — Calculs vésicaux, taille hypogastrique, paraplégie à la suite de l'opération, guérison, par Godet. (*Le Concours méd.*, 20 juin.) — Contribution à l'étude de la suture vésicale après la taille hypogastrique, par A. Minine. (*Chirurg. Viéstnik*, n° 3.) — Taille hypogastrique. Rupture de la vessie. Fièvre urineuse persistante, par Broca. (*France médicale*, 20 et 23 juin.)

Teigne. — Leçon sur le traitement de la teigne, par J.-F. Payne. (*Brit. med. Journ.*, p. 1031, mai.)

Température. — Calorimètre enregistreur applicable à l'homme, par d'Arsonval. (*Acad. des sciences*, 2 juin.) — Contribution à l'étude des températures céphaliques, par Bianchi, Montefusco et Bifulco. (*Psichiatria*, n°s 3 et 4.) — Des variations de la température chez les blessés et les opérés, et sur leurs causes, par Anderson. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — La théorie d'un centre calorique au point de vue clinique, par W. Hale White. (*Guy's Hosp. Rep.*, 1884, p. 49.) — De la valeur séméiologique des températures inverses, par Clément. (*Lyon méd.*, 31 mai.) — Les hautes températures fébriles et les nouveaux antipyrétiques, par Tommassetti. (*Gazz. degli Ospitali*, n° 27.) — D'une nouvelle méthode pour abaisser la température dans les maladies aiguës, par Cirelli. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 26.)

Tendon. — De la réunion immédiate des tendons par la suture, par Thémain. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — De la suture tendineuse, par Barbier. (*Gaz. méd. de Paris*, 1er août.)

Testicule. — Étude sur le testicule sénile, par Arthaud. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Hydrocèle contenant un liquide laiteux, par Millford. (*Brit. med. Journ.*, p. 738, avril.) — Hydrocèle laiteuse, par Sidney Davies. (*Brit. med. Journ.*, p. 1245, juin.) — Cure radicale de l'hydrocèle, par Nerici. (*Gazz. d. Ospedali*, n° 4.) — Incision et excision antiseptiques de la vaginale dans un cas d'hydrocèle péritonéo-vaginale, compliquée de rétention iliaque du testicule, par Giommi. (*Raccoglitore med.*, n° 16.) — Myosarcome du cordon spermatique, par Pepper. (*Med. Times*, 24 janv., p. 128.) — Le traitement de l'orchite par le collodion, par Carmelo. (*Bull. delle sc. med.*, fév.) — Traitement de l'orchite par la teinture de pulsatille, par Chambers. (*Chicago weeckly med. rev.*, janv.) — De la teinture d'anémone dans le traitement de l'orchite, par Martel. (*Bull. gén. de thér.*, 15 février.)

Tétanie. — Un cas de tétanie, par Maroni. (*Gazz. med. ital. Lombard.*, n° 24.)

Tétanos. — L'étiologie du tétanos traumatique, par Conner. (*Americ. surg. assoc.*, 6e session.) — Sur la pathogénie du tétanos, par Cecchierelli. (*La Riforma med.*, 12 mars.) — Quelques cas de tétanos traumatique, par Bossi. (*Gazz. med. ital., Lombard*, n° 50.) — Observations et recherches sur le tétanos traumatique, par Monastyrski. (*St-Petersb., med., Wochenschrift.*) — Du traitement du tétanos, par Riboul. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.)

Thérapeutique. — Aide-mémoire et formulaire du médecin praticien, par L. Duchesne. (In-12, *Paris.*) — Note thérapeutique sur quelques points de pratique, par Droux. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mai.) — Courtes notes de thérapeutique, par Macnaughton. (*The Practitioner*, avril.) — De l'influence des bromures pour prévenir l'iodisme, par Norris. (*Med. News*, 23 mai.) — Nouvelle méthode d'administrer la pepsine, associée à du chlorure de sodium, par Prosser James. (*Brit. med. Journ.*, p. 986, mai.) — Observation sur l'emploi du boroglycéride, par Mac Smith. (*Med. News*, 6 juin.) — Antipyrétiques, thalline, eau froide, quinidine, etc., par Grasset. (*Semaine méd.*, 11 février.) — L'antipyrine en obstétrique et l'administration hypodermique du fer dans le traitement de l'anémie, par Chiara. (*Ann. di Ostetricia*, nos 1 et 2.) — Expériences sur l'antipyrine dans les fièvres, par Lynch. (*Med. News*, p. 588, 23 mai.) — L'hydroquinone, nouvel antipyrétique, par Kinnicut. (*New York med. Record*, n° 22.) — L'antipyrine dans la pneumonie et dans d'autres maladies fébriles, par Weber. (*New York med. Record*, n° 14.) — La phénorésorcine et son usage dans la thérapeutique chirurgicale, par Luzi. (*Raccoglitore med.*, n° 12.) — De l'emploi de l'atropine dans quelques affections des organes respiratoires, par Bergonzéni. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 39.) — L'eucalyptus dans la fièvre typhoïde et dans les autres fièvres, par Leighton Kesteven. (*The Practitioner*, mai.) — De l'eucalyptus comme antiseptique dans certaines affections de l'appareil respiratoire, par Bonamy. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mai.) — A propos de la médication ferrugineuse, par Debierre et Linossier. (*Bull. gén. de thérap.*, n° 4.) — De la réfrigération par le chlorure de méthyle, par Rouillon. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — De l'acide fluorhydrique, et son emploi en thérapeutique, par Chery. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — De la valeur hypodermique de l'acide phénique, et en particulier de l'entéroclisme phéniqué, par Scarpari. (*Morgagni*, 30 mai.)

Thorax. — Plaies pénétrantes de poitrine, hémothorax, mal de Bright, albuminurie intermittente, pleurésie diaphragmatique, par Raymond. (*Soc. anat.*, 4 nov. 1884.)

Thrombose. — Tromboses multiples chez une femme atteinte de cancer pelvien et abdominal et d'affection mitrale, par Sidney Coupland. (*Med. Times*, 21 février.)

Thyroïde. — De la thyroïdite aiguë rhumatismale, par Zouiovitch. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Sur les kystes hématiques du corps thyroïde, par Peut. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Maladie de Basedow et grossesse, par W. Wigelansky. (*Yégén. klin. Gazeta*, n° 20.) — Maladie de Basedow et surmenage du cœur, leçon clinique, par Botkine. (*Yégénéd. klin. Gazeta*, nos 21 à 23.) — Formes légères et incomplètes de maladie de Basedow, par Miliotti. (*Riv. venet. di sc. med.*, février.) — Des perturbations cardiaques dans le goître exophtalmique, par Lescaux. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Extirpation des corps thyroïdes chez trois chats, par J. Wagner. (*Soc. des méd. de Vienne*, 19 juin 1884.) — Quelques accidents consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde, par Heindenreich. (*Semaine méd.* 24 juin.)

— Trois cas de thyroïdectomie, par HARDIE. (*Brit. med. journ.*, p. 791, avril.)

Trachée. — Observation de trachéocèle, par INGALLS. (*New York med. Record*, n° 14.)

Transfusion. — Transfusion de lait dans l'empoisonnement par l'opium, par GILLIAM. (*New York med. Record*, 20 juin.) — Instrument pour la transfusion du sang défibriné, par CARMALT JONES. (*Brit. med. journ.*, p. 1198, juin.)

Tuberculose.— Sur la valeur de la recherche du bacille tuberculeux, par LANZA. (*Gazz. delle clin.*, n° 12.) — Sur la tuberculose pulmonaire, partie expérimentale, par A. MAROTTA. (*Rivista clin. e terap.*, juillet.) — De la présence du bacille tuberculeux dans le sang, par ULACACCI. (*Gazz. d. Ospedali*, n° 24.) — De la transmission possible de la tuberculose des animaux à l'homme par la viande et le lait, et des moyens pratiques de la prévenir, par NOSOTTI. (*Giorn. della Soc. d'igiene*, n° 2.)— Transmission de la tuberculose par les crachats des phtisiques, par SIRENA et PERNICE. (*Arch. per le scienze med.*, XIX, n° 1.) — Note sur la question de la contagiosité de la tuberculose, par DAVIS. (*Americ. med. assoc.*, 29 avril.) — Le bacille de Koch et la prophylaxie de la tuberculose, par ZULIANI. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 37.) — Sur l'étiologie de la tuberculose, par DEVALZ. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 10 mai.) — Observations sur la tuberculose, par CARILLON. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Influence de l'âge et du sexe sur la mortalité de la phtisie à Saint-Pétersbourg, par V. GOURIÉVITCH. (*Vratch*, n° 19.) — De la curabilité de la tuberculose aiguë à localisations multiples considérée chez l'adulte, par L. BERNARD. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Examen physique des poitrines faibles et diagnostic différentiel de quelques formes de phtisie au début, par HUDSON. (*New York med. Record*, n° 19.) — Le bacille de Koch dans les exsudats de la leptoméningite tuberculeuse, par PETRONE. (*Gazz. d'Ospedali*, n° 8.) — Granulie à forme cérébrale. Guérison, par THIERRY. (*Gaz. méd. de Paris*, 6 juin.) — Tuberculose pulmonaire compliquée de pyohémie, par BLOCQ. (*France médicale*, 6 juin.) — Tuberculose miliaire aiguë chez un enfant de huit semaines, paraissant provenir d'une infection maternelle, par ANGEL MONEY. (*Brit. med. Journ.*, p. 1247, juin.) — La tuberculose des os et des articulations, d'après les observations personnelles de l'auteur, par KŒNIG, traduction par LIEBRECHT. (In-8°, *Bruxelles*.) — De l'intervention chirurgicale précoce dans la tuberculose épiphysaire, par MUGNAI. (*Gazz. degli Ospit.*, n° 47.) — De la tuberculose osseuse et articulaire, par FERRARI. (*Gazz. d'Ospedali*, n° 17.) — Du traitement hygiénique et climatérique de la phtisie pulmonaire, par HERMANN WEBER. (*Med. Times*, 14 mars.) — La phtisie pulmonaire et l'iodoforme, par PETRAGLIA. (*Arch. clin. ital.*, n° 23.) — Le tartre stibié dans la phtisie, par BUCQUOY. (*Gaz. des hôp.*, 11 juillet.) — Traitement de la phtisie par la molène (verbascum thapsus), par J.-B. QUINLAN. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 193, septembre 1884.)—Les parasiticides dans le traitement de la phtisie, par EDWARD MORGAN. (*Brit. med. Journ.*, p. 1038, mai.) — De l'utilité des injections intra-pulmonaires chez les phtisiques, par ROBINSON. (*Med. Record*, n° 2.) — Essai de traitement radical de la tuberculose (injections intra-pulmonaires de sublimé), par WHITTAKER. (*Journ. of the americ. med. assoc.*, 20 juin.)

Tumeurs. — De l'extirpation des tumeurs cutanées petites et arrondies à l'aide d'un emporte-pièce en rotation, par BUSCH. (*Berl. klin. Woch.*

19 mai 1884.) — De l'ulcération dans les tumeurs bénignes, par Magnier. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Cautérisation dans les tumeurs récidivantes, par Bourguet. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.)

Typhoïde (Fièvre). — La fièvre typhoïde à Saint-Denis de 1873 à 1884, par Prieur. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Des récidives de la fièvre typhoïde, par Romiszowski-Devoucoux. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — L'épidémie typhoïde de Plymouth, par Mahaut. (*Journ. d'hyg.*, nº 457.) — De la fièvre typhoïde à bord des navires de la marine de l'Etat, particulièrement dans les pays chauds, par Moursou. (*Arch. de méd. nav.*, février.) — L'épidémie de fièvre typhoïde à Plymouth, Pennsylvanie, par Taylor. (*Med. News*, 16 mai.)— La fièvre typhoïde dans les garnisons du Nord et l'engrais flamand, par Vallin. (*Rev. d'hyg.* VII, nº 4.) — Étiologie de la fièvre typhoïde (contagion par contact direct des malades), par Alexander Collie. (*Brit. med. Journ.*, p. 830, avril.) — Développement de la fièvre typhoïde chez les singes, par Bland Sutton. (*Brit. med. Journ.*, p. 944, mai.) — Considérations sur la dothiénentérie, par Uréchia. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Fièvre typhoïde, avec perforation, suivie de guérison, par Horwitg. (*Med. Record*, nº 2.) — Artérite pariétale dans le cours d'une fièvre typhoïde ; mort, par Maubrac. (*Gaz. méd. de Paris*, 1er avril.) — Des complications osseuses de la fièvre typhoïde suivie de quelques notes de physiologie expérimentale, par Hulin. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — L'antipyrine et les bains froids dans la fièvre typhoïde, par J. Guéorguiévsky. (*Kievskija aunivers. Jzve'st.*, nº 4.)

U

Ulcère. — Du mal perforant, par Fauchon. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.)

Urée. — De l'absorption de chaleur nécessaire à la dissolution de l'urée dans l'eau, par M. Rubner. (*Zeitschr. f. Biologie*, Bd XX, p. 414.) — Sur le titrage de l'urée, par Th. Pfeiffer. (*Ibid.*, Bd XX, p. 540.) — Appareil simple pour doser la proportion de l'urée dans l'urine, par Flint. (*Med. News*, 30 mai.) — Dosage de l'urée, par Sambuc. (*Arch. de méd. navale*, mars.)

Urémie. — De l'urémie expérimentale, par Genestoux. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Des paralysies dans l'urémie, par Bernard. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Note sur le processus clinique de l'urémie, par Mya. (*Gazz. d'Ospedali*, nº 11.) — Urémie cérébrale et gastro-intestinale; folliculites ulcéro-gangreneuses latentes de l'intestin, par Rondot. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 16 août.) — Pathogénie de l'urobilinurie et des substances qui la produisent dans l'organisme, par Pellacani. (*Gazz. d. Ospedali*, nº 5.)

Urètre. — Du muscle constricteur de l'urètre et de son importance dans la pathologie et la thérapeutique urétrales, par A. T. Cabat. (*Boston med. and surg. Journal*, 9 avril.) — Traitement des rétrécissements de l'urètre par l'urétrotomie interne, par Will. Thornley Stoker. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 470, juin.) — Dilatation sacciforme de l'urètre, par Lawson Tait. (*Brit. med. journ.*, p. 982, mai.) — Notes sur un cas de rétré-

cissement urétral, par MARCO. (*Giorn. di med. milit.*, n° 3.) — Calcul prostatique et rétrécissement de l'urètre. Urétrotomie interne et taille prérectale, par LOCQUIN. (*Gaz. méd. de Paris*, 20 juin.) — Urétrotomie interne. Instillations, par RICHELOT. (*Union médicale*, 7-24 mai.) — De l'urétrotomie externe pratiquée au moyen du thermo-cautère, par BURGUN. (*Thèse de Lille*, 3e série, n° 3). — Sur un cas de fistule pénienne cicatricielle et sur le procédé opératoire qui a produit la guérison, par TERRILLON. (*Bull. gén. de thérap.*, n° 5.) — Polypes multiples de l'urètre chez l'homme, par ROSENTHAL. (*Berl. klin. Woch.*, 7 avril 1884.)

Urine. — L'analyse des urines, par S. LAACHE. (*Leipzig.*) — La réduction des sels de cuivre par l'urine n'indique pas absolument la présence du sucre dans cette urine, par COIGNARD. (*Union médicale*, 23 mai.) — Étude sur la polyurie de la convalescence des maladies aiguës, par BINET. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 15 juin.) — Un procédé pour la constatation du mercure dans l'urine, par A. FOMINE. (*Vratch*, n° 23.) — Sur la toxicité respective des matières organiques et salines de l'urine, par LÉPINE et AUBERT. (*Acad. des sciences*, 6 juillet.) — Recherche du sucre dans l'urine, par FOWLER. (*New York med. Record*, n° 18.) — Application à l'uréométrie des formules précises servant à évaluer les volumes gazeux et simplification de ces formules, par BEUGNIES-CORBEAU. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mai.) — Influence des inhalations de nitrite d'amyle sur les réactions normale et pathologique de l'urine, par MYA. (*Gazz. delle clin.*, n° 4.)

Utérus. — De la circulation utérine et de ses influences anatomiques et pathologiques, par SISCA. (*Il Morgagni*, avril.) — Situations et mouvements normaux et morbides de l'utérus, par OTTO KÜSTNER. (*Stuttgard.*) — Les déplacements et inflammations de l'utérus, par H. FRISTCH. (56e livraison de la *Deutsche Chirurgie, Stuttgard.*) — Influence de la position de la femme dans le traitement des déviations en arrière de la matrice, par FRANC. (*Thèse de Paris*, 3 juillet.) — Stérilité de la femme et son traitement, par A. ROEHRIG. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, XCVI, H. 2, p. 234, et H. 3, p. 325.) De l'endométrite fongueuse; pathologie, diagnostic et traitement, par HUNTER. (*New York med. Record*, n° 17.) — De l'endométrite déciduale, par VEIT. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 254.) — Des ulcérations du col, par NAUDIN. (*Thèse de Paris,* 18 juin.) — De l'allongement hypertrophique et de l'élongation de la portion sus-vaginale du col de l'utérus, par LOGHIADE. (*Thèse de Paris*, 19 juin.) — L'opération d'Emmet; quand doit-on la faire? quand doit-on s'abstenir? par ZINKE. (*Americ. med. assoc.*, 29 avril.) — Le raccourcissement des ligaments ronds pour la cure radicale des déplacements de l'utérus, par MANGIAGALLI. (*Gazz. d. Ospedali*, n° 19.) — Raccourcissement des ligaments ronds pour la cure de la rétroversion, de la rétroflexion et de la chute de l'utérus, par DENEFFE. (*Ann. Soc. de méd. de Gand*, mai.) — Dilatation rapide du canal utérin, par GILLIAM. (*New York med. Record*, n° 19.) — D'une altération spéciale de la trompe droite dans les cas d'hydropisie, par VITI. (*Bollett. della Soc. tra i cultori, Siena*, n° 1.) — De l'hématomètre et d'une espèce d'atrésie utérine congénitale, par CATTANI. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, n° 12.) — De la pyosalpingite et de son traitement chirurgical, par GUGGEMOS. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Traitement des fibromes utérins, par AUVARD. (*Union médicale*, 12 mai.) — Traitement des fibromyomes utérins, par TH. MORE MADDEN. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 373, mai.) — Cancer de l'utérus, par ROLLAND. (*Bull. de la Soc. d'an. et de phys. de Bordeaux*, 26 mai.) — Cancer primitif de l'utérus et secondaire du poumon, par BLANC-FONTENILLE. (*Soc. d'anat. de Bordeaux*, 24 février.) — Hystérectomie vaginale pour cancer, par JACKSON. (*Americ. med. assoc.*, 29 avril.) — Extirpation totale de

l'utérus, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 6 juin.) — Extirpation totale de l'utérus par le vagin, par Bottini. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, nº 9.) — Dix observations d'ablation de tumeurs utérines par la laparotomie, par Homans. (*Boston med. and surg. Journ.*, 2 avril.) — Extirpation totale de la matrice par la voie vaginale pour cancer du col. Guérison, par Muller. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er juin.) — Hystérectomie vaginale, par Péan. (*Gaz. des hôp.*, 2 juillet.) — De l'emploi de la potasse caustique dans le traitement du cancer du col de l'utérus, par Herbert Snow. (*Brit. med. Journ.*, p. 895, mai.) — Observations d'hystérectomie; remarques sur la valeur du spray phéniqué, par Knowsley Thornton. (*Brit. med. Journ.*, p. 1034, mai.)

V

Vaccin. — De la durée de l'immunité donnée par le virus vaccin, par Musatti. (*Riv. venete di sc. med.*, mars.)

Vagin. — Six cas de lésion du vagin en dehors de l'accouchement, par E. Bartel. (*Vratch*, nº 20.) — Des kystes du vagin et particulièrement des kystes de la paroi antérieure, par Thalinger. (*Thèse de Paris*, 3 juillet.) — Des kystes du vagin, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 4 juin.) — Rupture du vagin pendant le coït, par Chadwick. (*Boston med. and surg. Journal*, 30 avril.)

Varice. — Des varices du thorax et des membres supérieurs; leur valeur séméiologique dans les tumeurs du médiastin, par Escarras. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Cinq observations de varicocèles, traités par la ligature, par Ferron. (*Arch. de méd. et pharm. militaires*, 16 août.) — De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum, par Wickham, (*Thèse de Paris*, 17 juin.) — Des varices dans l'armée, par Charvot. (*Arch. de méd. militaire*, 1er mai.)

Variole. — Du diagnostic de la variole, par Alex. Collie. (*Med. Times*, 4 avril.) — Variole chez les animaux, par Willoughby. (*Med. Times*, 16 mai, p. 633.) — Observations sur le diagnostic de la variole, par Collie. (*Med. Times*, 1, p. 441.) — De la mort dans la variole, par Parent. (*Thèse de Paris*, 20 juin.) — Salicylate de soude dans le traitement de la variole confluente, par Saint-Philippe. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 août.) — Méthodes ancienne et moderne du traitement des épidémies de variole dans l'Inde, par Pringle. (*Med. Times*, I, p. 637.) — Traitement de la variole par le salicylate de soude, par Reinier. (*St-Petersb. med. Wochenschrift*, nos 19 et 20.) — Traitement de la variole, par Mai. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, nº 14.)

Varicelle. — Étude sur le microbe spécifique de la varicelle, par Bareggi. (*Gazz. med. ital. Lomb.*, nº 24.)

Veine. — Systèm vasculaire; circulations locales, procédés d'injection des veines du cœur ers les extrémités; 1re partie, la main, par Bourceret. (In-8º, *Paris.*) — igature de la veine fémorale au-dessus de l'embouchure de la saphène inte ne guérison, par G. Melazzo. (*Medicina contemporanea*, avril.)

Vessie. — De la lithotripsie dans les cas de cystite purulente, par A. Podrez.

(*Khirourgitch. Viéstnik*, mai-juin.) — De la suture de la vessie urinaire, par D. Kranzfeld. (*Vratch*, n° 23.) — Des calculs vésicaux chez la femme, par George Kidd. (*The Dublin J. of med. sc.*, p. 197, septembre 1884.) — Mémoire sur quelques vues des principales méthodes opératoires dirigées contre les calculs vésicaux, par Schuppert. (*Journ. of the americ. med. association*, 3 janvier.) — Calcul vésical; taille hypogastrique, par Montprofit. (*Rev. de chir.*, juin.) — De l'opération de la pierre chez les femmes, par Ebermann. (*St-Petersb. medicin. Wochenschrift*, n° 5.) — De l'influence de la saison sur la production des affections calculeuses dans le Norfolk (Angleterre). Les cas de calculs de la vessie sont plus nombreux au mois de mai et après les chaleurs de l'été qu'aux autres époques de l'année, par C. B. Plowright. (*Med. Times and. Gaz.*, 1er août.) — Calcul vésical développé autour d'une ligature d'ovariotomie, par Landau. (*Berl. klin. Woch.*, 7 avril 1884.) — Quatre litholapaxies, par Bocchini. (*Raccoglitore med.*, n° 7.) — De l'hématurie dans les néoplasmes de la vessie, par Rollin. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — De l'ulcère perforant de la vessie, par James Oliver. (*Med. Times and Gaz.*, 18 juillet.) — Deux cas d'extroversion de la vessie, accompagnée de hernie inguinale : opération de cure radicale, par Christopher Heath. (*Brit. med. Journ.*, p. 1041, mai. — Observations de tumeurs de la vessie, par W. Anderson et Bernard Pitts. (*Brit. med. Journ.*, p. 1100, mai.) — Résultat des opérations pour l'extirpation des tumeurs de la vessie, par Stein. (*Med. Record*, n° 11.) — Des corps étrangers de l'uretère, par Gallan. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.)

Vision. — Sur la distribution de l'intensité lumineuse et de l'intensité visuelle dans le spectre solaire, par Charpentier. (*Académie des Sciences*, 13 juillet.)

Vitré (Corps). — Contribution à l'étude du décollement du corps vitré, par Cassidanius. (*Thèse de Lyon.*) — Recherches sur le corps vitré, par Hansell. (*Bull. de la clinique des Quinze-Vingts.* II, n° 4, p. 170.) — Trouble particulier du corps vitré, par Chetham. (*Amer. Journ. of ophthalm.*, I, n° 9, p. 271.)

Vulve. — L'hypertrophie du clitoris et des petites lèvres au point de vue anatomique et anthropologique, par A. Farenetzki. (*Vratch*, n° 22.) — Épithélioma du clitoris, par Polaillon. (*Gaz. méd. de Paris*, 15 août.)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

DES TOMES XXV ET XXVI.

(ANNÉE 1885.)

A

Abadie, XXV, 316; XXVI, 299, 325, 726.
Abblart, XXV, 609.
Achard, XXVI, 115.
Acker, J., XXVI, 126.
Ackermann, XXVI, 471.
Adams, Samuel, XXV, 674.
Adamkiewicz, Albert, XXV, 13, 173, 566.
Afanassiew, M., XXV, 93, 404; XXVI, 700.
Agnew, C.-R., XXV, 120.
Aguilhon de Sarrand, XXV, 732.
Albert, XXV, 421.
Albertoni, XXV, 461.
Albrecht, XXVI, 125, 713.
Albutt, Clifford, XXVI, 711.
Alem, Ch., XXVI, 285.
Alexander, XXV, 344, 742; XXVI, 57.
Alker, XXV, 318.
Althaus, Julius, XXV, 560; XXVI, 324.
Alvarez, XXVI, 473.
Amblard, A., XXV, 656.
Amicis, Tommaso de, XXV, 269; XXVI, 748.
Ampugnani, XXV, 344.
Andeer, XXV, 338, 502.
Anderson, W., XXV, 305.
Andrews, J.-A., XXV, 342.
Anrep R. von, XXV, 19, 485.
Antal, Géza von, XXVI, 289.
Antonini, XXV, 185.
Apostoli, XXV, 633.
Apt, L., XXV, 57.
Ardouin-Bey, XXV, 595.
Arduin, L., XXVI, 511.
Argaez, De, XXVI, 83.
Argoutinski, P., XXV, 344.
Ariza, XXV, 332.
Arloing, S., XXV, 462; XXVI, 47, 518.
Arnold, Julius, XXV, 11; XXVI, 462.
Arnozan, XXV, 449; XXVI, 636.
Aron, Theodor, XXV, 109.
Aronsohn, Ed., XXV, 421.
Artaud, G., XXV, 553, 565.
Artigalas, XXV, 744.
Aschenbrandt, XXV, 135.
Assaky, G., XXVI, 404, 410.
Astier, XXV, 143.
Atkinson, E., XXV, 672.
Atkinson, L., XXVI, 571.
Aubert, P., XXVI, 528.
Auerbach, B., XXV, 185; XXVI, 654.
Aufrecht, XXVI, 580.
Augagneur, XXVI, 571.
Auspitz, XXV, 258; XXVI, 748, 749.
Auvard, XXV, 245, 249.
Axenfeld, D., XXVI, 444.
Aysaguer, XXVI, 518, 744.

B

Baas, XXV, 743; XXVI, 443.
Baber, E. Creswell, XXVI, 738.
Babès, XXV, 583; XXVI, 131, 748.
Babinski, XXV, 537.
Badal, XXVI, 715.
Badan, XXV, 664.
Bader, C., XXV, 120.
Baeby, E., XXV, 601; XXVI, 643.
Baginsky, B., XXV, 324; XXVI, 703.
Baker, Arthur, XXVI, 271.
Baker, Morrant, XXV, 274.
Balbiani, G., XXV, 48.
Ballagi, XXVI, 131.
Ballard, Edward, XXV, 502.

Ballet, G., XXV, 173, 518, 561; XXVI, 325.
Balser, XXVI, 220.
Balzer, F., XXV, 253, 267; XXVI, 201.
Bandl, L., XXV, 626.
Bang, B., XXVI, 481.
Bar, XXV, 623; XXVI, 181.
Baradat, XXVI, 83.
Baratoux, J., XXV, 123.
Barber, XXV, 695.
Bardet, G., XXVI, 508.
Barduzzi, Domenico, XXVI, 218.
Barety, A., XXVI, 124.
Baron, L., XXV, 3, 509.
Barrera, Antoniö, XXVI, 548.
Bartels, XXVI, 570.
Barth, Henri, XXV, 727.
Barth, Paul, XXVI, 543.
Barthélemy, A., XXV, 82, 253, 264.
Barwell, XXVI, 613.
Bastelberger, XXV, 674.
Baum von, XXVI, 255.
Baumann, E., XXV, 40, 42.
Baumgarten, XXVI, 132, 602, 603.
Baumgärtner, XXV, 727; XXVI, 169.
Baxter, XXV, 529.
Bayer, L., XXVI, 738.
Bayer, Heinrich, XXVI, 175.
Bazin, XXVI, 747.
Beach, H.-A., XXV, 335.
Beaucamp, XXVI, 186.
Beck, XXV, 529.
Becker, XXV, 231, 309.
Beevor, Ch.-E., XXV, 278, 279; XXVI, 412.
Beger, A., XXVI, 716.
Behrend, G., XXVI, 196.
Behring, XXVI, 61.
Bellangé, G., XXVI, 106.
Beltzow, XXV, 78.
Belfield, XXV, 50.
Benckiser, Alfons, XXV, 412.
Benczur, Dionis, XXVI, 699.
Beneden, Ed. van, XXV, 30; XXVI, 8.
Benedikt, XXVI, 325, 594.
Benicke, XXV, 231.
Bennett, Hughes, XXV, 537; XXVI, 126.
Benson, Arthur, XXVI, 730.
Benson, J.-Hawtrey, XXV, 508.
Berbez, XXVI, 61, 194.
Bergeon, XXVI, 65.
Berger, O., XXV, 552; XXVI, 325.
Berger, P., XXV, 706, 714; XXVI, 247, 311, 475.
Bergmann, von, XXV, 285; XXVI, 697.
Bergmeister, XXVI, 725.
Berlioz, XXV, 82.
Bernhardt, M., XXV, 537, 553; XXVI, 145, 294, 580.
Bernheimer, S., XXVI, 406.
Bert, P., XXV, 455, 476.
Berte, XXV, 8.
Bertherand, E., XXV, 502.
Berthelot, XXV, 140.
Berthod, XXV, 711.
Bertin, XXV, 301.
Bertin-Sans, E., XXV, 141.
Bertkau, XXV, 12.
Berwald, Paul, XXVI, 580.
Besnier, E., XXVI, 203, 748, 749.
Besnier, Jules, XXVI, 534.
Bessière, XXV, 649.
Beugniés-Corbeau, XXVI, 571.
Beurmann de, XXV, 173.
Beyer, XXV, 473.
Biaudet, XXV, 441.
Bickerton, Thomas, XXV, 280.
Bidder, A., XXVI, 681, 716.
Bidon, H., XXV, 574.
Bielschowski, E., XXV, 344.
Bienstock, Berthold, XXV, 87.
Biesiadecki, XXVI, 747.
Biggs, M.-H., XXV, 476.
Billroth, XXVI, 229.
Biondi, XXV, 459.
Birsch-Hirschfeld, XXVI, 517.
Biss, XXV, 296.
Blache, René, XXV, 664.
Blachez, XXV, 663.
Blake, Clarence, XXV, 313.
Bland, W., XXVI, 297.
Blarez, XXV, 151.
Bloch, A., XXVI, 21.
Block, XXV, 295.
Blocq, XXVI, 63.
Blum, Albert, XXVI, 295.
Blumenfeld, A., XXV, 481.
Blyth, Winter, XXV, 499, 509.
Bochefontaine, XXV, 583; XXVI, 56.
Bock, XXV, 736.
Bocklisch, O., XXVI, 451.
Bodlander, G., XXV, 146.
Bodone, XXVI, 69.
Bœck, C., XXV, 177; XXVI, 195.
Bœckel, Eug., XXVI, 168, 271, 294, 695.
Bœckel, Jules, XXV, 334, 639; XXVI, 236.
Bœcker, XXV, 324.
Bœhm, R., XXVI, 503.
Bœhr, E., XXVI, 543.
Bogouche, O., XXV, 493.
Bohland, K., XXVI, 34, 444.
Boinet, XXV, 307; XXVI, 48.
Boissard, A., XXV, 242.
Bokai, XXVI, 74.
Bokelmann, Wilhelm, XXVI, 619.
Bongers, Paul, XXV, 430.
Borde, XXVI, 281.
Bornemann, XXV, 441.
Bornèque, Ch., XXVI, 563.
Bostroem, Eugen, XXV, 601; XXVI, 567.

Bosworth, F.-H., XXV, 318.
Botkine, XXVI, 541, 571.
Bottey, Fernand, XXV, 702.
Bouchard, Ch., XXV, 202; XXVI, 83, 509.
Bouchardat, XXV, 595.
Bouchaud, J.-B., XXVI, 432.
Bouchut, E., XXVI, 653.
Boudet de Pâris, XXVI, 254, 508.
Bouilly, XXV, 350, 714; XXVI, 247.
Bouley, XXV, 142, 514.
Bourceret, P., XXVI, 4.
Bourgougnon, XXV, 647.
Bourlier, XXV, 142.
Bourquelot, Em., XXV, 426; XXVI, 441.
Boursier, A., XXV, 449; XXVI, 716.
Bousquet, H., XXVI, 219.
Boutin, XXVI, 535.
Boutmy, XXV, 147.
Bouveret, L., XXV, 285, 486, 519; XXVI, 119.
Bouzol, XXVI, 187.
Bowen Essex, XXV, 694.
Bozzolo, XXV, 162, 212.
Brachet, XXVI, 747.
Bradbury, XXVI, 119.
Bradford, Henry, XXV, 120.
Braidwood, M., XXV, 457.
Brailey, XXVI, 299, 303.
Bramann, XXVI, 697.
Bramwell, Byrom, XXVI, 548.
Brancaccio, G., XXVI, 65.
Branthomme, XXV, 663.
Braun, XXV, 147, 651.
Braun-Ferwald, XXVI, 184.
Bricon, XXV, 50.
Briddon, Charles-K., XXVI, 235.
Brieger, L., XXV, 42, 45, 91, 253; XXVI, 39, 491.
Briggs, W.-T., XXVI, 712.
Brinton, XXVI, 543.
Brissaud, E., XXVI, 114, 590.
Bristowe, J., XXV, 192, 529.
Brochard-Rigaud, XXV, 257.
Brocq, XXVI, 748.
Brongniart, J., XXV, 113.
Bröse, XXV, 630; XXVI, 726.
Brouardel, P., XXV, 147, 151, 157; XXVI, 651, 663, 674.
Brown, J.-W., XXVI, 73.
Brown-Séquard, XXV, 454.
Bruce, Alexander, XXV, 529.
Brun, F., XXVI, 236.
Bruncher, J., XXV, 264.
Brunon, XXVI, 566.
Bruns, P., XXV, 727; XXVI, 221.
Brunschwig, XXV, 312.
Bruntzel, XXVI, 720.
Bruylants, XXVI, 300.
Bryant, J.-D., XXVI, 694.
Bryant, Thomas, XXVI, 254.
Buchner, H., XXV, 73.
Buchwald, A., XXVI, 637.
Buck, Albert, XXV, 343.
Buck, Elgar, XXV, 509.
Budin, XXV, 226, 646.
Bufalini G., XXV, 436.
Bugnion, XXV, 441.
Bull, Stedman, XXVI, 68.
Bull, W.-T., XXVI, 246, 286.
Bumm, E., XXVI, 49, 175, 215.
Bunge, C., XXVI, 455.
Bunge, G., XXV, 608.
Burckhardt, H., XXV, 727.
Burger, Carl, XXV, 662.
Burke, W., XXVI, 68.
Burnett, Charles, XXV, 342.
Burow, E., XXVI, 643.
Busch, F., XXV, 344; XXVI, 263.
Butler, XXVI, 300.
Buzzard, Th., XXV, 553; XXVI, 324.

C

Cabot, XXV, 714.
Cadet de Gassicourt, XXVI, 65, 144, 145.
Cahn, A., XXVI, 83, 254.
Cahn, J., XXV, 344, 468.
Caizergues, XXVI, 324.
Calmettes, R., XXVI, 314.
Cameron, XXV, 664.
Campana, R., XXV, 259.
Campardon, XXVI, 497.
Campart, XXV, 310.
Campbell, Watson, XXVI, 69.
Campe, von, XXVI, 614.
Canas, XXV, 673.
Canali, XXVI, 46.
Canalis, P., XXV, 459.
Cantani, XXV, 486; XXVI, 33.
Capozzi, XXVI, 548.
Carita, XXV, 73.
Carles, P., XXV, 151.
Carlet, L., XXV, 633.
Carmalt, V.-H., XXV, 124.
Carpenter, George, XXV, 105.
Carrard, Henri, XXV, 9.
Cartaz, A., XXV, 297; XXVI, 291, 739.
Caspary, J., XXVI, 192.
Cassels, James Patterson, XXVI, 320.
Castel, J., XXVI, 279.
Cattani, XXVI, 680.
Caudwell, Eber, XXVI, 69.
Caumont, F., XXVI, 716.
Cayley, XXV, 296.
Cazin, XXV, 481.
Celli, A., XXVI, 534, 540.

Cérenville de, XXVI, 26, 229, 543.
Chabert, P., XXV, 250.
Chabry, L., XXV, 402.
Chalot, XXVI, 3, 183.
Chambard, Ernest, XXV, 621.
Chambrelent, XXV, 73.
Chameron, G., XXV, 271.
Chandelon, Th., XXV, 432; XXVI, 39.
Chantemesse, XXVI, 254.
Chapman, Milne, XXVI, 622.
Chapman, S.-H., XXVI, 315.
Chaput, H., XXVI, 2, 680.
Charazac, J., XXV, 337.
Charcot, XXV, 18, 561; XXVI, 594.
Charpentier, XXVI, 681.
Charpentier, Aug., XXV, 476, 656, 704, 736; XXVI, 24.
Charpy, A., XXV, 11, 453; XXVI, 409.
Charrin, XXVI, 45, 483, 485.
Charvot, XXV, 350.
Chassagny, XXV, 653.
Chatin, Joannès, XXV, 514.
Chauffard, A., XXV, 202; XXVI, 98, 105, 126, 553.
Chauveau, XXVI, 44.
Chauvel, XXV, 713; XXVI, 247, 680.
Chauvet, Ch., XXVI, 324.
Chavasse, XXV, 705; XXVI, 247.
Chéron, XXVI, 591.
Chiari, H., XXVI, 7, 469, 470.
Chiarugi, G., XXVI, 1.
Chvostek, XXVI, 94, 681.
Claiborne, Herbert, XXV, 124.
Clark, C.-F., XXV, 120.
Clément, E., XXVI, 548.
Cocks, C., XXV, 480.
Coculet, G., XXVI, 511.
Cohen, J.-Solis, XXV, 123.
Cohn, Ernst, XXVI, 553, 663
Cohn, Hermann, XXV, 502.
Cohnstein, J., XXV, 22.
Coignard, XXVI, 99.
Colas, XXV, 350.
Colleville, XXVI, 535.
Collyns, J., XXVI, 543.
Collyns, Robert, XXV, 536.
Colomiatti, XXVI, 553.
Colpe, XXVI, 178.
Colrat, XXVI, 198.
Comby, J., XXV, 662; XXVI, 83, 631.
Comucci, XXV, 486.
Connen, XXV, 312.
Connor, L., XXVI, 319.
Cooper, A., XXVI, 207.
Coppola, Fr., XXV, 439.
Cornil, XXV, 82, 325; XXVI, 473, 570.
Cornillon, XXV, 202, 212.
Corona, XXV, 460.
Coroenne, XXVI, 180.
Corre, XXVI, 529.
Coudray, XXV, 350.
Coudereau, A., XXVI, 413.
Couetoux, XXVI, 66.
Coupland, Sidney, XXVI, 548.
Coursserant, H., XXV, 120.
Courtade, XXV, 648.
Courtin, XXV, 472.
Courvoisier, XXV, 723; XXVI, 236.
Coutand, XXV, 147.
Coxwell, C., XXV, 537.
Coze, XXVI, 125.
Cramer, F., XXV, 711.
Cras, XXV, 707.
Crawford, Renton, XXV, 121.
Credé, XXV, 251, 735; XXVI, 172, 178, 182.
Croskery, XXV, 664.
Crouigneau, G., XXV, 692.
Csokor, XXV, 451.
Cuignet, XXV, 310.
Cubasch, W., XXV, 746.
Cullimore, H., XXVI, 55.
Cunéo, XXV, 486.
Curci, XXVI, 61.
Curschmann, XXVI, 466.
Cuzzi, XXV, 8.
Cybulski, N., XXV, 19.
Cyr, Jules, XXVI, 99, 236.

D

Dabney, W.-C., XXV, 480.
Da Costa, J.-M., XXV, 476.
Damaschino, XXVI, 138.
Dana, Charles-L., XXV, 138.
Danilewsky, B., XXVI, 425.
Dareste, XXVI, 29.
Darier, A., XXV, 26; XXVI, 580.
Darnet, XXV, 502.
Darrigade, XXVI, 726.
Dartignolles, XXV, 322.
Dastre, A., XXV, 426.
Dauchez, XXV, 664; XXVI, 636.
Debaizieux, E., XXV, 284.
Debierre, XXVI, 58.
Debout, XXV, 113.
Debove, XXV, 137, 722; XXVI, 77 99, 596.
Dehenne, XXV, 314, 480.
Deichemuller, A., XXVI, 35.
Deininger, XXV, 608.
Dejeanne, XXV, 114.
Déjerine, XXV, 553, 565; XXVI, 132, 594.
Delafield, XXVI, 119.
Delens, XXVI, 603.

Delépine, Sheridan, XXVI, 679.
Delore, XXV, 710.
Delay, J., XXV, 561.
Delens, E., XXV, 702.
Delépine, Sheridan, XXVI, 9.
Delsaux, E., XXV, 430.
Delthil, XXV, 486 ; XXVI, 65.
Demiéville, Paul, XXVI, 635.
Demons, A., XXV, 639.
Denèffe, XXVI, 300.
Dencke, Th., XXV, 583.
Denis, XXV, 312.
Dennert, XXV, 324.
Denux, M., XXV, 344.
Deschamps, A., XXVI, 94.
Desnos, XXVI, 325.
Desplats, XXVI, 325.
Després, XXV, 706.
Desprez, M., XXV, 486.
Dessales, XXVI, 571.
Dianoux, XXVI, 303.
Dick, Rud., XXV, 436.
Didion, P., XXVI, 159.
Dieberg, C. von, XXVI, 675.
Diesteweg, Ad., XXV, 633.
Dieulafoy, XXV, 285, 664; XXVI, 535.
Diffre, XXVI, 213.
Dignat, P., XXV, 337, 574.
Dittel, XXVI, 271.
Dixon, G.-S., XXV, 476.
Doche, J., XXV, 639.
Doering, Edmund-J., XXVI, 161.
Dogiel, A., XXV, 6.
Dohrn, R., XXVI, 164.
Dolan, XXVI, 186.
Doléris, XXV, 240, 481, 649, 650 ; XXVI, 179.
Dolgenkoff, XXV, 608.
Donat, J., XXVI, 174.
Donath, J., XXV, 565.
Donkin, H., XXV, 518, 537.
Dor, XXV, 120.
Doré, XXV, 240.
Doumecq-Turen, E., XXV, 561.
Doutrelepont, XXVI, 204, 208, 641.
Doyen, XXV, 583.
Doyon, XXVI, 748.
Draper, W.-H., XXVI, 72.
Drasche, XXV, 595, 608.
Drély, E., XXV, 132.
Dreschfeld, XXV, 519, 693.
Dreyfous, XXV, 202.
Dreyfus-Brisac, XXVI, 325.
Drinkwater, XXV, 296.
Drummond, David, XXV, 560.
Drysdale, XXVI, 324.
Dubler, A., XXVI, 197.
Dubois, R., XXV, 476.
Duboué, XXV, 480, 714.
Dubousquet-Laborderie, XXV, 262.
Dubrac, F., XXVI, 651.
Dubreuilh, XXVI, 201.
Dubrisay, XXV, 151.
Dubrueil, XXV, 192.
Dubuc, XXVI, 325.
Duchamp, XXV, 653.
Duckworth, Dyce, XXV, 617.
Ducrohet, P., XXV, 259.
Duffey, George, XXV, 203.
Duflocq, P., XXV, 560.
Dufourt, E., XXV, 537.
Duguet, XXV, 606; XXVI, 138, 504, 505.
Dujardin, XXV, 314.
Dujardin-Beaumetz, XXV, 273, 476, 481 ; XXVI, 65, 83, 439, 498.
Dumas, Adolphe, XXVI, 518.
Duménil, XXVI, 263.
Dumolard, XXV, 195.
Dumont, F., XXVI, 703.
Dumoutiers, XXV, 102.
Duncan, William, XXVI, 171, 619.
Dunin, XXVI, 137.
Dunoyer, XXV, 111.
Duplay, S., XXVI, 612, 681.
Durand-Fardel, Max., XXV, 113 ; XXVI, 651.
Dutheil, XXV, 242.
Dutil, XXV, 619.
Duval, Mathias, XXV, 13, 401 ; XXVI, 412, 413.
Duvelius, J., XXV, 628, 629.
Duyse, XXV, 743.

E

Eberle, H.-A, XXV, 481.
Eberth, XXVI, 29.
Edge, XXVI, 590.
Edison, XXV, 714.
Edlefsen, XXVI, 495.
Edmunds, Waltu, XXV, 537; XXVI, 263.
Edwards, W., XXVI, 596.
Eger, XXVI, 279.
Eggleston, William-E., XXVI, 73.
Ehrlich, XXV, 62, 91.
Ehrmann, XXV, 714; XXVI, 14.
Eichhoff, XXVI, 200.
Eichharst, Hermann, XXV, 259.
Eisenlohr, C., XXV, 177.
Eitelberg, A., XXV, 414.
Elder, G., XXV, 626.
Ellaby (Mlle), XXVI, 722.
Eloy, Ch., XXV, 486.
Emmerich, XXV, 583.
Emond, XXV, 114.
Engel, XXVI, 78.
Engelmann, Th.-W., XXVI, 23.

Englisch, XXVI, 247, 290, 291.
Eparvier, XXV, 519.
Eraud, J., XXV, 685.
Erb, W., XXV, 177; XXVI, 324, 325, 508.
Erman, XXVI, 654.
Ermengem, E. van, XXV, 583.
Ernst, XXV, 344.
Eross, XXVI, 630.
Escherich. XXVI, 490.
Escudié, XXV, 202.
Espina y Capo, XXVI, 548.
Espine d', XXVI, 571.
Estes, W.-L., XXVI, 246.
Estländer, XXV, 714.
Estorc, XXVI, 324.
Estradère, XXVI, 663.
Eulenberg, H., XXV, 513.
Eulenburg, A., XXV, 495.
Eulenburg, B., XXVI, 74.
Eustache, XXV, 649.
Evers, XXVI, 506, 507.
Ewald, C.-A., XXV, 102, 194. XXVI, 325, 520, 703.
Ewart, J., XXVI, 529.
Ewetzki, XXV, 315.
Exner, Sigm., XXV, 21.

F

Fabre, P., XXV, 609; XXVI, 202, 748.
Facilides, XXVI, 229.
Faehnrich, XXV, 132.
Fagan, John, XXVI, 712.
Faille, H., XXVI, 119.
Fal, XXV, 65.
Falk, F., XXVI, 662.
Falkenheim, H., XXV, 161, 344; XXVI, 55.
Faulkner, Al., XXV, 609.
Faurel, E., XXV, 252.
Fauvel, A., XXV, 595.
Fauvel, Ch., XXV, 123.
Fayrer, Joseph, XXV, 103; XXVI, 105, 529.
Fehling, H., XXV, 630; XXVI, 183.
Feld, XXVI, 255.
Fellner, XXV, 428.
Felsenreich, XXVI, 247.
Fenger, Christian, XXV, 296, 695, 714; XXVI, 625.
Ferguson, James, XXVI, 590.
Ferguson, John, XXV, 177, 679.
Féré, Charles, XXV, 195, 561; XXVI, 548.
Féréol, XXV, 722; XXVI, 65.
Féris, Bazile, XXVI, 159.
Fernet, XXVI, 126, 138.
Ferraro, P., XXV, 202.
Ferré, G., XXVI, 1.
Ferrier, David, XXV, 194, 518, 529, 574.
Ferry, J., XXVI, 324.
Féry, XXV, 153.
Feyrer, J., XXV, 750.
Fick, A., XXVI, 422.
Fiessinger, XXV, 240.
Filehne, XXV, 344.
Filipow, M., XXV, 99.
Filipovitch, XXV, 134.
Fillenbaum, V., XXV, 753.
Finkelstein, L., XXV, 134, 441.
Finkler, XXV, 582; XXVI, 63, 74, 426, 501.
Finlay, Ch., XXVI, 529.
Finlayson, James, XXVI. 563, 629.
Finny, Magee, XXV, 296; XXVI, 541.
Firket, Ch., XXV, 50.
Fischel, Wilhelm, XXVI, 173, 470.
Fischer, Emil, XXV, 33.
Fischer, G., XXV, 273; XXVI, 227.
Fischer, Otto, XXV, 41.
Fischl, Joseph, XXVI, 145.
Fleury, XXVI, 235.
Flinzer, XXV, 501.
Flugge, C., XXV, 583.
Foa, P., XXVI, 744.
Fochier, Jules, XXVI, 72.
Fol, Hermann, XXV, 446, 609; XXVI, 409, 411.
Folet, XXVI, 263, 279.
Fonssagrives, XXVI, 507.
Forgue, XXV, 406.
Forrest, John, XXV, 481.
Foucher, XXV, 312.
Foulis, James, XXVI, 554.
Fournier, A., XXVI, 211, 324, 325.
Fournier, H., XXV, 518.
Foville, XXV, 140.
Fowler, Kingston, XXVI, 590.
Fox, Long, XXVI, 325.
Fox, Tilbury, XXVI, 717.
Fraenkel, B., XXV, 321.
Fraenkel, E., XXV, 124, 714.
Fraenkel, O., XXV, 324.
Fraentzel, XXV, 714.
Fraipont, F., XXV, 633.
Franceschi, XXV, 256.
Franchy, Alvarado, XXV, 258.
Francotte, X., XXVI, 72, 144.
Frank, E., XXVI, 43.
Fredericq, Léon, XXV, 423.
Freire, Domingos, XXVI, 49.
Frémont, XXVI, 271.
Frenzel, Joh, XXVI, 32.
Frerichs, G.-Th., XXV, 212.
Freud, XXV, 116.
Freund, XXVI, 186.
Freyer, XXVI, 653.

Fribourg, XXVI, 505.
Friedreich, XXV, 536.
Friedländer, C., XXV, 664; XXVI, 467.
Friedenwald, XXV, 315.
Friocourt, XXVI, 529.
Frost, XXVI, 306.
Fry, Farrant, XXV, 633.
Fubini, S., XXVI, 699.
Fuchs, S., XXVI, 401.
Fueter-Schnell, P., XXV, 35.
Funk, XXVI, 642.
Fürbringer, XXV, 536; XXVI, 145, 410.
Fürst, Camillo, XXVI, 603.
Fürstner, XXV, 340, 537.
Fütterer, XXVI, 482.

G

Gad, XXVI, 416.
Gade, F., XXVI, 456, 712.
Gairdner, XXV, 192.
Gallard, XXVI, 94.
Galliard, L., XXVI, 83, 495.
Galippe, V., XXVI, 473.
Gallois, P., XXVI, 472.
Gangolphe, XXV, 350, 681.
Garel, J., XXV, 162.
Garnerus, XXVI, 632.
Garré, XXVI, 45.
Garnier, L., XXV, 143; XXVI, 62.
Gärtner, XXVI, 19.
Gaston, Mac-F., XXVI, 236.
Gaube, R., XXV, 192; XXVI, 632.
Gaucher, Ern., XXV, 262, 716.
Gaucher, L., XXV, 560.
Gautier, Armand, XXV, 36.
Gay, A., XXV, 146.
Gayet, XXV, 123, 739; XXVI, 298.
Geber, E., XXVI, 747.
Geier, M., XXV, 344.
Gellé, XXVI, 323, 414.
Gellé, L., XXV, 267.
Gendre, A. von, XXV, 425, 430.
Geneix, G., XXV, 253.
Genhart, Alph., XXVI, 145.
Gennes, P. de, XXV, 212; XXVI, 601.
Gentilhomme, XXVI, 457.
Gerhardt, C., XXVI, 99, 534.
Gérin-Roze, XXVI, 505.
German, L., XXV, 41.
Gesenius, XXVI, 324.
Gibbes, Murray, XXVI, 66.
Gibbons, R.-A., XXVI, 631.
Gilbert, Aug., XXVI, 119, 468.
Gilis, XXVI, 680.
Gilles de la Tourette, XXV, 283.
Gillet de Grandmont, XXVI, 671.
Gillette, XXV, 712.
Gillot, X., XXVI, 747.
Gilson, XXVI, 106.
Giovanni, A. de, XXV, 212; XXVI, 77.
Girard, A.-C., XXV, 345, 499, 509.
Giraudeau, C., XXV, 537; XXVI, 106.
Girou, J., XXVI, 285.
Glan, Julien, XXVI, 598.
Glaser, XXVI, 94.
Glasounoff, XXV, 268.
Glause, XXV, 469.
Gluck, Th., XXV, 295; XXVI, 286.
Gnauck, Rudolf, XXVI, 731.
Godlee, R.-G., XXV, 329, 694.
Goetze, XXVI, 512.
Goldschmidt, Julius, XXVI, 646.
Goldzieher, XXV, 741.
Golgi, C., XXV, 609.
Gombault, XXVI, 126.
Gönner, Alfred, XXV, 657; XXVI, 602.
Goodwillie, D.-H., XXV, 329.
Gorbatzevitch, E., XXV, 20.
Gorgieri, XXV, 143.
Gosselin, U., XXVI, 138.
Gotti, XXV, 315.
Gouguenheim, XXV, 332.
Gould, XXV, 296.
Gowers, XXVI, 324, 325.
Græfe, von XXV, 232.
Gram, XXV, 49.
Grammatikati, XXV, 246.
Grancher, XXV, 88, 157, 595; XXVI, 126.
Grandclément, XXV, 120.
Grasset, J., XXV, 116, 476; XXVI, 74.
Grawitz, P., XXV, 63.
Graziadei, XXV, 608.
Greenish, XXV, 452; XXVI, 119.
Greco, D., XXVI, 457.
Gréhant, XXVI, 485.
Greiff, F., XXV, 537; XXVI, 325.
Grenet, A., XXV, 285.
Gressin, L., XXV, 12.
Grevas, XXVI, 634.
Griffini, L., XXV, 73.
Grigoniff, XXV, 134.
Griswold, G., XXVI, 571.
Grocco, XXVI, 125.
Grœss, Peter, XXVI, 456.
Grognot, XXVI, 523.
Grohé, M., XXVI, 463.
Gross, XXVI, 456.
Gross, Samuel, XXVI, 229.
Grundies, XXVI, 447.
Grünewald, XXVI, 205.
Guinard, A., XXV, 722.
Guelliot, XXV, 671.
Guelpa, F., XXVI, 498.

Guérin, Alph., XXVI, 220.
Guermonprez, XXV, 606; XXVI, 475.
Guillaume, Ed., XXVI, 284.
Guillemin, P., XXV, 710.
Guimaraes, XXVI, 496.
Gunning, W.-M., XXV, 72.
Günther, XXV, 95.
Gussenbauer, XXV, 305.
Gustin, F., XXVI, 144.
Güterbock, P., XXV, 704.
Guttmann, XXV, 177, 344.
Guyon, F., XXVI, 276.

H

Haab, XXVI, 308.
Hack, XXV, 319.
Hache, XXV, 722.
Hacker, V., XXV, 285; XXVI, 229, 475, 715.
Hadden, W., XXV, 195, 201, 529.
Hagenbach, XXV, 672.
Hagen-Torn, O., XXVI, 247.
Hahn, E., XXV, 338; XXVI, 263.
Haidlen, Richard, XXVI, 171.
Hall, R., XXVI, 68.
Hallopeau, XXV, 160; XXVI, 747.
Hamilton, D.-J., XXV, 518; XXVI, 402.
Hamilton, F.-H., XXV, 306.
Hammerbacher, XXV, 96.
Hammond, XXV, 194, 283.
Hamon, A., XXV, 147.
Hanot, V., XXV, 202; XXVI, 99.
Hansen, A., XXVI, 205, 429.
Hardaway, XXVI, 747.
Hardy, E., XXV, 48.
Harley, John, XXV, 601; XXVI, 119.
Harnack, E., XXVI, 499.
Harrow, XXVI, 456.
Hart, Berry, XXV, 652.
Hartmann, XXV, 324.
Hartridge, Gustave, XXV, 120.
Hasenclever, XXVI, 254.
Haslund, Alex., XXVI, 315.
Hassan, Ismaïl, XXVI, 523.
Hassler, L., XXV, 755.
Haycraft, John-B., XXV, 472; XXVI, 494.
Hayem, G., XXV, 285, 416, 486; XXVI, 119, 468.
Hebra, XXV, 685; XXVI, 747.
Heer, XXVI, 663.
Hegar, XXV, 623, 630.
Hegetschweiler, J., XXVI, 247.
Heilly, d', XXVI, 65.
Heisrath, XXVI, 728.
Heitzmann, XXVI, 160.
Henck, XXVI, 271.
Hennig, XXVI, 163.
Henoch, E., XXV, 440, 664; XXVI, 580, 630.
Henry, J., XXVI, 157.
Hérard, XXVI, 558.
Herberg, XXV, 440.
Hergott, Alphonse, XXV, 481, 624.
Héricourt, J., XXVI, 471.
Hering, Theodor, XXV, 325; XXVI, 742.
Hermann, L., XXV, 425, 439; XXVI, 418.
Hermann, G., XXVI, 457, 466.
Hermet, XXVI, 321.
Herschel, XXVI, 145.
Herth, R., XXVI, 440.
Hertz, XXVI, 558.
Herzen, A., XXVI, 26, 77.
Heubner, Otto, XXVI, 144, 580.
Heusinger, XXV, 203.
Heyden, W. van der, XXV, 65.
Heydenreich, XXVI, 603.
Heyder, H., XXV, 285.
Heymann, P., XXV, 324; XXVI, 703.
Heynsius, A., XXV, 34.
Hilbert, R., XXVI, 306.
Hill, Berkeley, XXV, 329; XXVI, 281.
Hillairet, XXVI, 747.
Hiller, XXV, 263.
Hindenlang, C., XXV, 35.
Hirt, L., XXV, 580; XXVI, 325.
His, XXV, 2.
Hobson, G.-M., XXV, 528, 714.
Hock, XXV, 606.
Hodges, Franck, XXVI, 69.
Hoffer, L. von, XXV, 344.
Hofmann, H., XXVI, 499.
Hoffmann, J.-A., XXV, 136.
Hofmeier, XXV, 203, 629; XXVI, 614.
Hofmokl, XXVI, 221, 225, 247, 634.
Hoggan, G., XXV, 406.
Holinfeld, C.-D., XXVI, 48.
Holl, XXV, 440.
Holland, J., XXVI, 511.
Holmes, T., XXV, 339, 700.
Holz, XXV, 481.
Honnorat, J., XXVI, 591.
Hooper, F.-H., XXV, 480.
Hopkins, John, XXV, 536.
Hoppe Seyler, G., XXV, 45, 434.
Horbaczewski, XXVI, 571.
Horovitz, XXVI, 283.
Horsley, V., XXV, 65, 658.
Horstmann, XXV, 123.
Horteloup, XXV, 684.
Howe, Lucien, XXV, 116.
Huchard, Henri, XXV, 344.
Huethe, XXVI, 648.
Hüfner, G., XXV, 45.
Hughes, C.-H., XXVI, 326.
Hugueny, XXVI, 131.

Hunnius, XXV, 185.
Hurry, Jamieson, XXVI, 283.
Hutchinson, Jonathan, XXV, 330, 664, 737.
Hutchison, Joseph-C., XXVI, 681.
Hutinel, V., XXV, 161.

I

Ignatieff, XXV, 134.
Imlach, Fr., XXVI, 126, 622.
Ingals, Fletcher, XXV, 331, 714.
Inglessis, P., XXVI, 571.
Israël, J., XXV, 50.
Israël, Oscar, O., XXV, 50; XXVI, 567.
Ischernow, XXV, 670.

J

Jaccoud, S., XXVI, 79, 514.
Jackson, Hughlings, XXV, 529.
Jacobi, A., XXVI, 144.
Jacusiel, XXVI, 703.
Jäderholm, XXVI, 447.
Jahn, M., XXV, 344.
Jaksch, Rudolf von, XXV, 91; XXVI, 56, 515.
Jakson, G.-T., XXVI, 69.
James, Prosser, XXV, 123.
Jamieson, Allan, XXVI, 590, 599.
Jamin, R., XXV, 269; XXVI, 278.
Janeway, E.-G., XXVI, 317, 634.
Jassinski, XXVI, 183.
Jastreboff, N.-W., XXVI, 30.
Jeannel, XXVI, 603.
Jelinck, E., XXV, 123.
Jennings, Charles, XXVI, 700.
Jewseienko, XXVI, 300.
Joffroy, XXV, 173.
Johne, XXVI, 477.
Johnson, J.-G., XXV, 499.
Johannidès, XXV, 452.
Jolly, XXV, 277.
Jordison, XXV, 700.
Josias, XXV, 595.
Jousset, XXVI, 529.
Joyeux-Lafuie, Jean, XXV, 105.
Juergens, XXV, 231.
Juhl, Valentin, XXV, 474.
Julin, Ch., XXVI, 8.
Julliard, G., XXV, 305; XXVI, 286.
Julliard, J., XXVI, 324.
Jullien, XXV, 268.
Jüngst, Carl, XXV, 64.
Jurasz, A., XXV, 262, 331; XXVI, 744.

K

Kahler, XXV, 480, 537.
Kaltenbach, R., XXV, 623, 633; XXVI, 281, 614.
Kampf, XXVI, 79.
Kaposi, M., XXV, 202; XXVI, 640, 748.
Karewski, Ferdinand, XXV, 80; XXVI, 525.
Kassowitz, XXV, 498.
Kast, Alfred, XXVI, 543.
Katzaouroff, J., XXV, 120, 485.
Kauffmann, C., XXV, 300.
Kaufmann, E., XXV, 98; XXVI, 493, 703.
Keen, W., XXVI, 235.
Keith, Thomas, XXVI, 168.
Kelly, Howard-A., XXV, 480; XXVI, 66.
Kelsch, XXVI, 105.
Kempner, G., XXV, 423.
Kidd, Percy, XXVI, 145.
Kiener, XXV, 350; XXVI, 105.
Kiesselbach, W., XXVI, 737.
King, XXV, 529.
Kirmisson, XXV, 707, 735; XXVI, 37.
Kisch, E.-Heinrich, XXVI, 558.
Kjellberg, A., XXVI, 633.
Klebs, XXVI, 144.
Klein, E., XXV, 82, 88, 312, 502; XXVI, 738.
Kleinwächter, Ludwig, XXV, 227; XXVI, 173.
Knapp, XXV, 123, 343, 476.
Knox, J.-Snydam, XXVI, 180.
Kobert, XXV, 466.
Koch, Robert, XXV, 73, 582.
Kocher, XXVI, 703.
Kocher, A., XXVI, 657.
Kœbner, XXVI, 747.
Kœnig, XXVI, 187, 703.
Kœniger, XXVI, 210, 529.
Kœrber, XXVI, 662.
Kohler, F., XXV, 73; XXVI, 567. 703.
Kohn, Richard, XXV, 101.
Koller, Karl, XXV, 116.
Kölliker, XXVI, 713.
Kollmann, XXV, 194.
Koltchevsky, XXV, 134.
Koroch, XXV, 469.
Kosmovski, XXV, 684.
Kossel, A., XXV, 434; XXVI, 38.
Kostyleff, XXVI, 71.
Kottmann, A., XXV, 231.

Kowalewski, XXV, 195.
Kowalski, XXVI, 131.
Kraske, P., XXV, 734.
Krause, H., XXVI, 735, 736.
Krauss, Ed., XXV, 50, 566.
Krauss, Johs., XXVI, 119.
Kredel, XXVI, 94.
Kroenlein, XXV, 295; XXVI, 225.
Kroll, W., XXVI, 722.
Kronecker, H., XXVI, 13.
Kroner, XXVI, 726.
Kronig, G., XXV, 561.
Krosz, G., XXVI, 580.
Krukenberg, G., XXV, 227, 435; XXVI, 161, 726.
Kubassow, P., XXV, 223; XXVI, 46.
Kuchenmeister, XXV, 440.
Kühn, Adolf, XXV, 277.
Kühn, XXVI, 322.
Kulz, Richard, XXV, 38, 45.
Külz, E., XXV, 100, 202; XXVI, 503.
Kundrat, XXV, 680; XXVI, 319, 640, 694, 724.
Küpper, XXVI, 739.
Kurz, XXV, 337, 471.
Kussmaul, XXV, 690; XXVI, 254.
Küster, E., XXV, 303, 440, 700, 706, 735; X XVI, 703.

L

Labbé, Léon, XXVI, 745.
Labbée, Ernest, XXV, 477.
Laborde, J.-V., XXV, 116, 476; XXVI, 412, 413, 414.
Laboulbène, XXV, 212, 609.
Lacassagne, A., XXVI, 676.
Lagana, XXVI, 563.
Lagrange, XXV, 315, 740, 742.
La Harpe, L. de, XXVI, 681.
Lahs, XXV, 646.
Laimer, XXV, 10, 413.
Lajoue, Ch., XXVI, 125.
Laker, K., XXVI, 420.
Lancereaux, XXVI, 325, 571.
Landau, L., XXV, 630; XXVI, 567, 614.
Landerer, A., XXV, 266.
Landesberg, XXV, 739, 743.
Landouzy, XXV, 553; XXVI, 325, 594, 747.
Landowski, XXVI, 57.
Landwehr, Herm.-Ad., XXV, 47; XXVI, 435.
Lange, Ch., XXVI, 66.
Lange, F., XXV, 307; XXVI, 304, 308.
Langenbeck, XXVI, 703.
Langenbuch, Carl, XXV, 231.
Langlet, XXVI, 700.
Langown, XXV, 475.
Langreuter, XXVI, 501.
Lannegrace, XXV, 406.
Lannelongue, XXV, 350, 446; XXVI, 271.
Lannois, XXVI, 591.
La Notte, Giovanni, XXVI, 313.
Lantré, XXV, 475.
Laprevotte, E., XXVI, 83.
Laquerrière, Th., XXV, 683.
Larbouret, XXVI, 725.
Laub, XXV, 750.
Lauenstein, Carl, XXV, 296.
Laugier, XXVI, 663.
Laurencin, XXV, 495.
Laurent, XXVI, 631.
Lauret, XXV, 497.
Lavdowsky, XXV, 450. XXVI, 464.
Laveran, A., XXVI, 534.
Lawrie, Edward, XXVI, 229.
Le Bec, XXVI, 219.
Lebedeff, A., XXV, 65.
Le Blond, XXVI, 66.
Leboucq, H., XXV, 407.
Lecoq, XXV, 552.
Lecorché, XXV, 617.
Le Dentu, XXVI, 602.
Lee, E.-W., XXV, 695.
Lefebvre, F., XXV, 284.
Lefferts, George M., XXV, 335, 480; XXVI, 144.
Legay, XXV, 411.
Legoy, A., XXV, 494.
Legroux, XXVI, 566.
Lehmann Eduard, XXVI, 520.
Lehmann, G , XXV, 689.
Lehmann, Th., XXV, 37.
Lehr, XXV, 495.
Leichtenstern, XXVI, 63.
Leidesdorf, XXV, 661.
Leisrink, H., XXVI, 317.
Lejard, XXV, 481.
Leleu, XXV, 311.
Leloir, H., XXV, 254; XXVI, 193, 195, 202, 639, 643.
Lemoine, A., XXVI, 414, 591.
Leopold, XXV, 231; XXVI, 184, 726.
Lépine, R , XXV, 44, 219; XXVI, 498, 570, 571.
Lepage, XXVI, 54.
Leplat, XXVI, 303.
Leprevost, F., XXV, 271.
Lereboullet, XXVI, 83.
Leresche, W., XXVI, 26.
Lermoyez, M., XXV, 256, 733; XXVI, 518.
Le Roy de Méricourt, XXV, 143; XXVI, 529.
Lesser, Adolf von, XXVI, 525, 672, 681, 710.

Lesur, XXVI, 457.
Letulle, M., XXVI, 132, 158, 591.
Leubuscher, G., XXV, 99.
Leudet, E., XXV, 110, 176; XXVI, 213.
Leval-Piquechef, XXV, 332.
Lévachoff, XXVI, 41.
Levillain, F., XXVI, 414.
Levis, R.-G., XXV, 124, 583.
Lewaschew, S.-W., XXV, 96, 471; XXVI, 415.
Lewin, G., XXV, 680; XXVI, 526.
Lewin, L., XXV, 95.
Lewin, Thomas, XXVI, 94.
Leyden, E., XXVI, 325, 477, 558.
Liborio, XXVI, 648.
Lichtenstein, E., XXV, 608.
Lindau, von, Brand XXV, 754.
Lindsay, G.-Alex., XXV, 536.
Linn, G., XXVI, 66.
Linossier, XXVI, 58.
Lionet, XXV, 694.
Lissa, XXVI, 196.
Lissauer, H., XXV, 566.
Litten, M., XXV, 162, 212; XXVI, 83, 542.
Little, W.-S., XXV, 120.
Litzmann, Heinrich, XXVI, 177.
Livon, Charles, XXV, 583.
Lloyd, XXV, 738.
Lockwood, XXVI, 263.
Loeffler, XXVI, 580.
Löhlein, Hermann, XXVI, 178.
Lomen, R., XXV, 227, 231.
Lomer, L., XXV, 463, 655, 677.
Lominski, F., XXV, 448.
Long, A., XXV, 103.
Longbois, P., XXVI, 548.
Longuet, XXV, 50.
Loukachévitch, S., XXV, 271.
Lourie, S., XXVI, 519.
Loviot, XXV, 652.
Löwenberg, XXVI, 312.
Löwenfeld, XXV, 574.
Löwenthal, Wilhelm, XXVI, 432.
Löwit, M., XXVI, 419.
Lublinski, W., XXV, 322, 680; XXVI, 548.
Lucae, R., XXVI, 320.
Luchsinger, B., XXV, 2, 17, 21, 28, 97, 469.
Luciani Luigi, XXV, 16, 18.
Lukjanow, S., XXV, 25, 423.
Lumbrosa, XXVI, 47.
Lumpe, XXV, 246; XXVI, 184.
Lunin, XXV, 673.
Lüning, A., XXV, 333.
Lustgarten, XXVI, 208, 528.
Lustig, Al., XXVI, 403.
Luton, XXVI, 548, 700.
Luys, XXV, 692.
Luz de Valença, XXV, 609.
Lwoff, G., XXV, 223.
Lyle, Vassy, XXV, 601.

M

Maas, XXV, 43, 509.
Mac Cann, XXVI, 297.
Mac Connell, XXV, 608.
Mac Coy, XXV, 336.
Macdonald, Angus, XXVI, 187, 255, 622.
Macdougall, Aymer, XXV, 342.
Mac Ewen, W., XXV, 306.
Mac Gill, XXVI, 235, 696.
Mac Graw, Theo, XXVI, 456.
Mackenzie, J.-A., XXVI, 558.
Mackenzie, John-N., XXV, 327, 328, 330; XXVI, 310, 312.
Mackenzie, G.-Hunter, XXVI, 131, 739.
Mackenzie, Morell, XXVI, 69.
Mackenzie, Stephen, XXV, 537, 574, 609.
Mac-Malcom, Lean, XXV, 476.
Mac Leod, M.-D., XXV, 518.
Mac Nutt, Sarah, XXVI, 628.
Mac Swiney, XXVI, 145.
Magitot, XXVI, 226.
Maguire, Robert, XXVI, 46.
Maillot, XXV, 751.
Mairet, XXV, 687.
Maisouriantz, S., XXVI, 534.
Maixner, E., XXV, 91.
Makins, G.-H., XXVI, 263.
Malassez, XXV, 350; XXVI, 482.
Malherbe, A., XXVI, 286.
Mallat, XXV, 212.
Mandach, F. von, XXV, 231.
Mandel, XXVI, 477.
Mannino, C., XXVI, 747.
Mannkopf, E., XXV, 519.
Manson, XXV, 601, 609.
Maragliano, XXV, 96, 131, 344, 486.
Marcano, XXV, 704.
Marchand, XXV, 441.
Marchiafava, XXV, 162; XXVI, 534, 540.
Marey, XXVI, 22.
Marie, P., XXV, 143, 192, 537, 553, 659.
Markoe, Thomas-M., XXVI, 298, 680.
Markwald, XXVI, 502.
Marsset, XXVI, 53.
Martel (de Saint-Malo), XXVI, 697.
Martel, E., XXVI, 424.
Martin, A., XXV, 231; XXVI, 184, 614, 622.
Martin, G., XXV, 309.
Martin, H., XXV, 350; XXVI, 125, 126.
Martineau, XXV, 261.
Martinet, A., XXVI, 558.

Marx, XXV, 606.
Maschka, XXVI, 554, 663.
Masius, XXVI, 513.
Mason, John, XXV, 639.
Masoin, C., XXV, 212.
Masquelm, H., XXV, 429.
Masse, XXV, 147.
Massei, Ferdinando, XXVI, 313, 316, 746.
Masucci, Pietro, XXVI, 69.
Mathieu, A., XXVI, 83, 198, 591.
Mattei, R., XXV, 62.
Mattheissen, XXV, 308.
Maunoury, G., XXVI, 236.
Maurel, XXV, 423.
Mauthner, XXVI, 307.
May, F., XXV, 344.
Maydl, XXV, 285; XXVI, 40, 229.
Mayerhausen, G., XXV, 316.
Mayet, XXVI, 138.
Mays, K., XXVI, 408.
Mazzotti, XXVI, 114.
Mazzuchelli, XXV, 307.
Mekerttschiantz, XXV, 440.
Medin, O., XXV, 659.
Mégnin, P., XXV, 499, 606.
Mehling, XXV, 305.
Meige, XXVI, 50.
Meigs, Arthur, XXVI, 554.
Memminger, A., XXVI, 444.
Mencke, H., XXV, 608.
Mendel, E., XXV, 687; XXVI, 580.
Mendelsohn, XXV, 565.
Mensel, XXVI, 263.
Meredith, XXVI, 235.
Mérigot de Treigny, XXVI, 558.
Mering, F. von, XXV, 132; XXVI, 450.
Merklen, P., XXVI, 106, 254, 477.
Merner, XXVI, 662.
Messerer, O., XXV, 695.
Metchnikoff, XXV, 69.
Meyer, E., XXV, 120.
Meyer, Lothar, XXVI, 324.
Meyer, Willy, XXV, 440.
Meyerhöfer, XXV, 311, 315.
Meyerson, S., XXV, 328.
Meynard, XXVI, 563.
Michaelis, XXV, 750.
Michel, Carl, XXVI, 314.
Michelson, P., XXVI, 196.
Mikulicz, J., XXV, 326; XXVI, 229, 296.
Millet, XXVI, 289.
Mills, Wesley, XXV, 418.
Milward, E., XXVI, 105.
Mingazzini, XXVI, 56.
Minkowski, XXV, 202; XXVI, 50.
Mitchell, R.-B., XXV, 529.
Mitchell, S.-Weir, XXV, 105, 201.
Mitropolsky, XXVI, 71.
Miura, Moritzi, XXV, 464.
Mivart, George, XXV, 124.
Moebius, XXVI, 326.
Mœli, XXV, 274, 280.
Moizard, P., XXV, 660, 663.
Molènes, de, XXV, 256.
Mollière, D., XXV, 219, 732; XXVI, 295.
Mollière, H., XXVI, 72.
Moncorvo, XXV, 659.
Money, Angel, XXVI, 494.
Monique, M., XXV, 260.
Monnet, L., XXV, 494.
Monod, XXV, 714.
Montaya, E., XXVI, 83.
Monti, A., XXV, 609.
Monvenoux, Frédéric, XXV, 438.
Moore, Norman, XXV, 671.
Moos, P., XXVI, 319, 323.
Morel-Lavallée, XXV, 255.
Morgan, John, XXV, 440.
Morison, R., XXV, 257.
Moroux, XXVI, 115.
Morris, H., XXVI, 563.
Morvan, XXVI, 158.
Mosetig-Moorhof, V., XXVI, 525.
Mosler, Fr., XXV, 295, 608; XXVI, 105.
Mossé, A., XXV, 220.
Mott, F.-W., XXV, 65.
Moure, E.-J., XXV, 123; XXVI, 316.
Moursou, XXV, 754.
Moussous, XXV, 73.
Moutard-Martin, XXV, 714.
Mracek, Franz, XXV, 265.
Mucci, Dom., XXVI, 508.
Mülhaüser, F.-A., XXVI, 490.
Müller, Carl Jacobi, XXVI, 621.
Müller, P. (de Berne), XXVI, 169.
Müller, F.-C., XXV, 177.
Müller, XXV, 350.
Müller, Worm, XXV, 437; XXVI, 27, 680.
Munk, Immanuel, XXV, 27, 426.
Murray, Milne, XXV, 243.
Murrel, W., XXVI, 69.
Murri, XXV, 172.
Muselli, XXVI, 66.
Musser, J., XXVI, 235.
Musso, XXV, 693.

N

Naegeli, O., XXVI, 663.
Naether, R., XXVI, 748.
Napier, A., XXV, 664.
Nasser, XXV, 676.
Nathan, J.-L., XXVI, 320.
Nauwerck, XXVI, 571.
Nedopil, XXV, 55.
Neelsen, F., XXVI, 292.

Nega, Julius, XXV, 37.
Neisser, A., XXV, 312; XXVI, 214, 650, 748.
Nélaton, Ch., XXV, 350.
Nencki, M., XXVI, 33.
Nepveu, G., XXV, 85, 350, 452.
Netter, A., XXV, 486; XXVI, 105.
Neugebauer, Ludwig, XXV, 243.
Neufeld, XXV, 345.
Neumann, XXV, 678, 679; XXVI, 218, 598.
Neusser, Edmund, XXVI, 99.
Nicaise, XXVI, 289, 714, 716.
Nicati, XXV, 583.
Nicolas, A., XXV, 673.
Nicolas, H., XXVI, 57.
Nielly, XXVI 82.
Nieriker, P., XXV, 501.
Niepce, XXV, 345.
Niermeijer, XXVI, 74.
Nixon, C.-J., XXV, 173, 536.
Nocard, XXV, 583.
Noorden van, XXV, 344, 471.
Norris, Selden, XXVI, 528, 733.
Nothnagel, XXV, 85; XXVI, 319, 467, 594.
Notta, XXV, 438.
Novi, XXV, 20.
Nuel, XXVI, 734.

O

Obalinsky, XXV, 695; XXVI, 255.
Obersteiner, XXV, 282.
Obissier, XXVI, 69.
O'Connell, P., XXV, 670.
Œttinger, XXVI, 83.
Ogston, Frank, XXVI, 675.
Oh, W., XXV, 285.
Oliver, James, XXV, 335.
Ollier, L., XXV, 350; XXVI, 716.
Ollivier, A., XXV, 561.
Olshausen, R., XXVI, 602.
Oppenheim, H., XXV, 552; XXVI, 326.
Oppenheimer, Oscar, XXVI, 216.
Orchanski, J., XXVI, 20.
Ord, William, XXV, 203.
Ormerod, J.-A., XXV, 195; XXV, 279.
Ornstein, Bernhard, XXVI, 529.
Ortmann, P., XXVI, 725.
Oser, XXV, 29; XXVI, 25.
Otis, Fessenden, XXVI, 69.
Ott, A., XXV, 285, 325.
Otto, Jac-G., XXVI, 16.
Oursel, XXVI, 723.
Owen, Lloyd, XXVI, 69.

P

Pabst, XXV, 499.
Packard, John-H., XXV, 293.
Padley, George, XXVI, 541.
Page, Herbert, XXV, 566.
Paget, XXVI, 144.
Paladini, XXV, 285.
Pamard, XXV, 707.
Panas, XXV, 120.
Paquet, XXVI, 466.
Parinaud, H., XXV, 310, 737; XXVI, 24.
Parisot, Pierre, XXVI, 602.
Park, Roswell, XXVI, 680.
Parker, Rushton, XXVI, 314.
Parker, R.-W., XXV, 714.
Parkes, Charles-T., XXVI, 236, 246.
Parona, XXV, 606.
Parsons, Herbert, XXV, 694.
Partsch, XXVI, 279.
Paschkis, Heinrich, XXV, 46, 472.
Paschutin, XXV, 217.
Passet, XXVI, 486.
Pasteur, XXV, 82, 595.
Patterson, A., XXVI, 279.
Patzelt, XXVI, 229.
Paul, P.-T., XXVI, 640.
Pauli, Ph., XXVI, 520.
Pauly, J., XXV, 322.
Pawlow, XXVI, 15.
Pavy, F.-W., XXV, 202.
Pécholier, XXV, 497.
Pedrono, XXVI, 723.
Peiper, E., XXV, 493; XXVI, 484.
Pellacani, P., XXV, 411, 465.
Pellereau, XXVI, 657, 671.
Penta, XXV, 620.
Penzoldt, P., XXV, 33, 202, 212, 344.
Pernice, B., XXVI, 477.
Pérochaud, J., XXVI, 457.
Perret, XXVI, 641.
Perrin, E.-R., XXVI, 653.
Perrin, Maurice, XXV, 707.
Perroncito, XXV, 50, 73, 608.
Persh, Bernard, XXV, 138.
Petersen, Eduard, XXV, 268, 748; XXVI, 210.
Petersen, Ferdinand, XXV, 331, 733; XXVI, 745.
Petit, L.-H., XXVI, 535, 599.
Petithan, XXV, 263.
Petitot, XXV, 350.
Petri, XXV, 33, 438; XXVI, 36.
Petroff, XXV, 134.
Petrone, L.-M., XXV, 261.
Pettenkofer, XXV, 594.
Peyrusson, XXV, 486.
Pezzer de, XXVI, 217.

Pfeiffer, Emil, XXV, 153.
Pfihl, XXV, 601.
Pflüger, E., XXVI, 34, 444.
Philippart, XXVI, 747.
Piatnitzki, G., XXV, 608.
Pick, F.-J., XXVI, 638.
Picot, XXVI, 553.
Picqué, XXV, 606.
Pieniazek, P., XXVI, 317.
Pierson, R.-H., XXV, 177.
Pigeen, XXVI, 299.
Pilcher, XXVI, 698.
Pinard, XXVI, 181.
Pisenti, XXVI, 56.
Pitres, A., XXV, 195, 455, 553, 565, 581.
Pitts, Bernard, XXV, 320.
Planchon, L., XXV, 159.
Pletzer, XXVI, 63.
Poggi, XXV, 686.
Poincaré, Léon, XXVI, 81.
Poinsot, XXV, 351.
Polaillon, XXV, 706; XXVI, 165, 543.
Pollosson, Maurice, XXV, 60; XXVI, 271, 294.
Poncet, A., XXV, 714.
Pontoppidan, XXVI, 209.
Poore, G., XXV, 173.
Popoff, S.-A., XXV, 480.
Porak, XXV, 248, 250.
Port, H., XXV, 517, 746; XXVI, 747.
Portalier, P., XXV, 561.
Potter, XXV, 529.
Pouchet, Gabriel, XXV, 402, 583.
Poulet, XXV, 350, 713; XXVI, 219, 296, 680, 716.
Poullet (de Lyon), XXV, 653.
Powell, Douglas, XXVI, 126.
Pozzi, S., XXV, 448, 630, 633, 687, 752; XXVI, 168, 271.
Predazzi, XXVI, 517.
Prevost, J.-L., XXV, 518; XXVI, 325, 501.
Prioleau, XXV, 561.
Prior, XXV, 97, 664; XXVI, 74.
Pröbsting, XXVI, 72.
Prochownick, L., XXV, 226; XXVI, 164.
Proksch, J.-H., XXV, 677.
Prompt, XXV, 422.
Prouff, XXV, 313.
Proust, L., XXV, 142, 161.
Proust, A., XXV, 594.
Puichagut, XXV, 739.
Puky, A. von, XXV, 723.
Pusinelli, XXVI, 325.
Puzey, Chauney, XXVI, 680.
Pye, Walter, XXVI, 692, 746.

Q

Quermonne, L., XXVI, 548.
Quetsch, Carl, XXVI, 428.
Quincke, H., XXV, 90, 460, 664.
Quinlan, XXVI, 125.
Quinquaud, XXV, 350, 426; XXVI, 485.
Quist, C., XXV, 621.

R

Rabenau, von, XXV, 232.
Randolph, N.-A., XXV, 476.
Rangé, XXV, 202.
Rank, XXV, 344.
Ranney, A., XXVI, 64.
Ranpach, XXV, 73.
Ranse, de, XXVI, 325.
Ransohoff, XXVI, 229.
Ranvier, XXVI, 747.
Rapin, E., XXVI, 512.
Rapin, O., XXVI, 653.
Rapisarda, XXV, 135.
Rathery, XXV, 606.
Ratimoff, B., XXVI, 494.
Raven, Th., XXV, 560.
Raymond, F., XXV, 553, 565; XXVI, 326.
Rayner, H., XXVI, 680.
Reclus, P., XXV, 304, 350.
Real y Beiro, XXVI, 405.
Reboul, Charles, XXV, 473.
Rebourgeon, XXVI, 49.
Reclus, Paul, XXVI, 219, 263.
Redard, XXVI, 138.
Reger, XXVI, 680.
Regnard, P., XXV, 476.
Regnauld, J., XXV, 472; XXVI, 503.
Rehlen, E., XXVI, 325.
Rehn, Louis, XXVI, 710.
Reichert, Edward-T., XXV, 105.
Reichmann, XXVI, 83.
Reid, Witehead, XXV, 626; XXVI, 229.
Reinl, Carl, XXV, 29.
Reliquet, XXVI, 277.
Remak, E., XXV, 630; XXVI, 580.
Rémy, XXV, 351.
Renaut, J., XXVI, 138, 461, 570.
Rendu, H., XXV, 617; XXVI, 99, 563.
Rennie, S.-J., XXVI, 309.
Renson, George, XXV, 3.
Renzi de, XXV, 620; XXVI, 513.
Réthi, XXVI, 210.

Retterer, E., XXV, 403; XXVI, 5, 403.
Reumert, XXVI, 187.
Reumont, XXVI, 325.
Reuss, von, XXVI, 723.
Reverdin, Aug., XXVI, 614.
Rheinsaedter, A., XXVI, 602.
Ricard, XXVI, 456.
Richardière, XXVI, 627.
Richardson, Richard, XXV, 926.
Richer, P., XXV, 18, 283.
Richet, Ch., XXV, 455, 476; XXVI, 22.
Ricklin, E., XXV, 344.
Rieder, Carl, XXVI, 8.
Riegel, Franz, XXV, 167, 660; XXVI, 83, 138, 496, 543.
Riegner, O., XXV, 293.
Riehl, G., XXV, 255, 410; XXVI, 192.
Rietsch, XXV, 583.
Rigolet, XXVI, 518.
Rindfleisch, XXV, 7; XXVI, 2, 748.
Rinecker, XXVI, 325.
Ringer, Sydney, XXVI, 699.
Ritter, XXV, 282.
Rivet, XXV, 440.
Rivière, Emile, XXV, 595.
Rivington, W., XXVI, 170.
Rivolat, XXV, 309.
Roberts, Frederick, XXVI, 115.
Robertson, R., XXVI, 504.
Robin, A., XXV, 436; XXVI, 567.
Robin, Ch., XXV, 403.
Robinson, Arthur, XXVI, 506.
Robinson, William, XXVI, 710.
Robiolis, XXV, 195.
Rochard, Eugène, XXV, 112.
Rocher, Georges, XXVI, 651.
Rodet, A., XXV, 620; XXVI, 488.
Roemer, XXVI, 635.
Roger, H., XXV, 553.
Rogowicz, N., XXVI, 13, 421.
Rohden, XXV, 300.
Rohmer, XXV, 344.
Rokitansky, XXVI, 247.
Roland, René, XXVI, 651.
Romiti, G., XXVI, 7.
Rondot, XXV, 518; XXVI, 99.
Rönnberg, XXVI, 220.
Roosa, John, XXV, 124.
Rose, E., XXV, 232; XXVI, 228.
Rosenbach, Ottomar, XXVI, 571, 632.
Rosenberger, XXV, 78.
Rosenstein, XXVI, 74.
Rosenthal, N., XXV, 470, 498, 518; XXVI, 83, 325, 417, 558.
Ross, J., XXV, 174, 185, 518.
Rossander, Carl, XXVI, 298.
Rossbach, M.-J., XXV, 135; XXVI, 83, 427, 501, 520, 637.
Rossolymno, G., XXV, 561.
Roth, Emanuel, XXV, 502; XXVI, 99, 739.
Roth, Theodor, XXVI, 236.
Rouanet, XXVI, 138.
Rouquette, J., XXV, 480.
Roux, XXV, 583.
Roux, XXVI, 247.
Roux, Fernand, XXVI, 497.
Rübel, XXVI, 299.
Rubner, M., XXVI, 419.
Rueff, XXV, 690; XXVI, 508.
Ruehle, W., XXVI, 426.
Ruge, P., XXV, 231, 650.
Rumpf, XXV, 185, 566; XXVI, 74, 325.
Runeberg, J.-W., XXV, 456.
Rupprecht, XXV, 513.
Ruysch, XXV, 501.

S

Sabourin, Ch., XXVI, 105, 106, 114, 115.
Sabourin, D., XXV, 65.
Sachs, Th., XXV, 745.
Saffre, XXVI, 529.
Sahli, H., XXV, 608.
Sahli, Walter, XXVI, 445.
Saint-Germain, de XXV, 663.
Saint-Martin, XXV, 423.
Sajous, Ch.-E., XXV, 480; XXVI, 310.
Sakaky, Hasimé Igakuski, S., XXV, 566.
Salkowski, E., XXVI, 36.
Salkowski, H., XXVI, 38.
Sallé, P., XXV, 264.
Salomon, Georg, XXV, 36, 37.
Salomonsen, XXVI, 48.
Salter, XXVI, 144.
Saltow, XXVI, 529.
Saltzmann, XXV, 714.
Salvia, XXVI, 42.
Samter, J., XXVI, 467.
Sandborg, J., XXVI, 694.
Sänger, XXVI, 184, 614, 720.
Sanquirico, C., XXV, 285, 459.
Santelli, XXV, 137.
Sarda, XXVI, 138.
Sargents, E., XXVI, 305.
Sarraute (Mme), XXV, 655.
Sartorius, XXV, 344.
Sasaki, M., XXVI, 543.
Sasslesky, A., XXV, 344.
Sassetzky, XXV, 130.
Sattler, Robert, XXVI, 54.
Sattler, XXV, 317.
Sauve, L., XXV, 639.
Savard, P., XXVI, 325.
Savage, Thomas, XXV, 664; XXVI, 170, 235.

Sawinsky, XXV, 133.
Scarpari, XXVI, 99.
Schäfer, E.-A., XXV, 427, 743.
Schapiro, H., XXV, 99.
Schatz, Friedrich, XXV, 8, 133, 638; XXVI, 5.
Scherschewsky, M., XXVI, 601.
Scheube, B., XXVI, 529.
Scheuplein, C., XXV, 202.
Schiff, E., XXVI, 214, 703.
Schimmelbusch, XXVI, 19.
Schlegtendal, XXVI, 131.
Schmeichler, XXV, 553.
Schmey, F., XXVI, 13.
Schmidt, Moritz, XXV, 731.
Schmiegelow, E., XXV, 330; XXVI, 317.
Schmitz, XXVI, 635.
Schmueker, XXVI, 543.
Schmulewitsch, XXV, 750.
Schnitzler, XXV, 328.
Schoebl, G., XXV, 405.
Schörler, Carl, XXVI, 166.
Schramm, H., XXVI, 255, 680.
Schreiber, Julius, XXV, 502, 574.
Schrœder, W. von, XXV, 231, 744; XXVI, 52, 614.
Schtchegloff, XXVI, 79.
Schuchardt, K., XXVI, 309.
Schülein, XXVI, 165.
Schuler, XXV, 147.
Schüller, Max, XXV, 6; XXVI, 486.
Schültze, XXV, 537, 624; XXVI, 32.
Schulz, Richard, XXV, 492; XXVI, 74, 548, 563.
Schurrer, M.-J., XXVI, 716.
Schütz, E., XXVI, 31, 204, 208.
Schutzenberger, XXV, 147.
Schwarz, E., XXV, 239, 247.
Schwarze, XXVI, 663.
Schweigger, XXV, 480.
Schwerin, XXV, 101.
Schwimmer, Ernst, XXV, 257.
Sebelien, John, XXVI, 454.
Secretan, XXVI, 512.
Sée, G., XXVI, 56, 83, 548.
Seegen, J., XXV, 24; XXVI, 34.
Seeligmüller, XXV, 262.
Seely, H., XXVI, 523.
Segond, Paul, XXVI, 229.
Seguin, C., XXVI, 326.
Sehlen, XXVI, 534.
Seifert, Otto, XXV, 133, 167; XXVI, 138, 743.
Seiler, XXVI, 517.
Semmer, E., XXV, 73, 78.
Semmola, Mariano, XXV, 486.
Semon, Felix, XXV, 123; XXVI, 736.
Senator, H., XXV, 212; XXVI, 138, 254.
Senise, XXVI, 78.
Senn, N., XXVI, 42.
Sentex, Louis, XXVI, 657, 662.
Serjer, O., XXVI, 571.
Serre, XXV, 633.
Sevestre, XXV, 606.
Sexton, Samuel, XXV, 339.
Seydel, C., XXVI, 663.
Shakespeare, C.-E., XXV, 120.
Sharkey, Seymour, XXV, 519, 537.
Shaw, J.-E., XXV, 529.
Sheild, Marmaduke, XXVI, 679.
Shidlovsky, XXV, 133.
Shively, J., XXVI, 254.
Sieber, N., XXVI, 33.
Siegel, XXVI, 40.
Silbermann, XXV, 660.
Silva, XXV, 285.
Silvestrini, XXV, 161.
Simanowsky, N.-P., XXVI, 99.
Simmonds, M., XXVI, 119, 294.
Simon, Jules, XXVI, 414.
Simon, XXVI, 125.
Simpson, Russell, XXV, 221.
Sinclair, XXV, 606.
Sinéty de, XXV, 221.
Sirena, S., XXVI, 477.
Sklifossowski, XXVI, 720.
Slavatinski, A., XXV, 98.
Smirnow, XXV, 468.
Smith, Greig, XXV, 630.
Smith, Henry, XXV, 727.
Smith, R.-Meade, XXVI, 27.
Smith, Shingleton, XXV, 192; XXVI, 115, 325.
Smith, Tonge, XXVI, 596.
Smyly, William, XXVI, 622.
Socin, XXVI, 45.
Socquet, Jules, XXVI, 657.
Soffia, Castro, XXV, 350.
Sokoloff, XXV, 627.
Solowieff, A., XXV, 222.
Soltykoff, XXV, 134.
Sombret, P., XXVI, 207.
Sommerbrodt, Julius, XXVI, 738.
Sonnenburg, E., XXV, 301; XXVI, 286.
Soret, J.-L., XXVI, 424.
Sorgius, XXVI, 510.
Sormani, XXVI, 132.
Southam, F., XXVI, 229.
Sowietoff, S., XXV, 195.
Spanocchi, XXV, 345.
Spehl, E., XXV, 416.
Spina, XXV, 405.
Spillman, P., XXVI, 325.
Sprengel, O., XXV, 723.
Sprimont, B., XXV, 485.
Squibbs, E.-R., XXVI, 79.
Stadelmann, E., XXVI, 99.
Stadthagen, XXVI, 144, 446.
Stahl, XXVI, 491.
Starck, XXV, 475.
Starcke, XXV, 48.
Starr, Allen, XXV, 518, 581.
Statfield, XXV, 238.

Steffan, XXV, 741.
Steinmann, F., XXV, 241.
Steinmetz, XXVI, 580.
Stepanow, XXV, 335.
Stéphanides, XXV, 167.
Stetter, XXV, 292.
Steven, J.-Lindsay, XXVI, 558.
Stevenson, Thos, XXV, 147.
Stiénon, XXVI, 94.
Stiepanow, I., XXV, 137.
Stimson, Lewis-A., XXV, 633; XXVI, 695.
Stocquart, XXV, 260.
Stöhr, Philipp, XXVI, 430, 434.
Stolnikow, XXV, 38.
Stood, XXV, 745.
Strassmann, Fritz, XXVI, 308.
Straus, I., XXV, 583, 684; XXVI, 477.
Strümpell, A., XXV, 177, 566, 657.
Struve, Heinrich, XXV, 46.
Stuart, Anderson, XXVI, 58.
Stuart, Charles, XXV, 499.
Stumpf, Ludwig, XXVI, 144.
Sturge, Allen, XXVI, 647.
Stutzer, XXVI, 31.
Suchard, E., XXVI, 406.
Suchorsky, XXV, 21.
Sury-Bienz, XXV, 513.
Sutherland, XXV, 691.
Suzanne, XXVI, 469.
Svensson, Tvar, XXVI, 74.
Swaen, A., XXV, 429.
Swedelin, A., XXV, 244.
Swiecicki, Heliodor-V., XXVI, 51.
Syckel, van, XXVI, 66.

T

Tait, Lawson, XXV, 630; XXVI, 187, 235, 264.
Talma, S., XXVI, 523.
Tanturri, XXVI, 747.
Tarchanoff, J.-R., XXV, 418.
Tarnier, XXV, 653.
Tartenson, XXV, 617.
Tauffer, Wilhelm, XXV, 227, 639.
Tauber, Alexand. XXV, 458.
Taylor, XXV, 441; XXVI, 235, 254.
Teale, Pridgin, XXV, 296; XXVI, 711.
Teissier, XXV, 213.
Tenneson, XXV, 606.
Terrier, F., XXV, 120; XXVI, 602, 715.
Terrillon, XXV, 712; XXVI, 229, 297, 602, 603, 714.
Testa, XXV, 474.
Testi, XXVI, 94.
Testut, L., XXV, 408.
Teuffel, R., XXVI, 186.
Théry, XXVI, 642.
Thibierge, G., XXVI, 195, 254.
Thiébaut, H., XXV, 334 XXVI, 83.
Thiersch, XXVI, 286.
Thin, George, XXV, 259, 336.
Thinier, XXV, 663.
Thierfelder, XXVI, 450.
Thiriar, XXVI, 37, 236.
Thiroux, XXV, 138.
Thoma, R., XXV, 56.
Thomas, XXV, 601.
Thomas, R.-H., XXV, 321.
Thomaschewsky, XXVI, 214.
Thompson, H., XXVI, 278.
Thorn, W., XXVI, 182.
Thornton, Knowsley, XXVI, 229.
Thuillier, XXV, 82, 583.
Tibaldi, XXV, 486.
Tidy, Meymout, XXV, 502.
Tiffany, Mac Lane, XXV, 294.
Tiling, G., XXVI, 229.
Tilden, XXVI, 748.
Tillaux, XXVI, 680.
Tillmanns, XXVI, 680.
Tillot, XXV, 114.
Tissier, XXVI, 612.
Tissot, XXVI, 529.
Tizzoni, Guido, XXV, 59, 460, 462.
Toelg, Josef, XXVI, 99.
Tollens, B., XXVI, 35.
Tomini, XXV, 693.
Tooth, Howard, XXV, 537.
Torkomian, XXVI, 571.
Tosatto, XXV, 609.
Trastour, XXVI, 99.
Treille, XXVI, 83.
Trélat, U., XXV, 350, 628, XXVI, 263, 734.
Treichler, XXV, 486.
Treves, Frederick, XXVI, 264.
Treymann, M., XXVI, 506.
Trinkler, N., XXV, 410.
Tripier, R., XXV, 162; XXVI, 553.
Trousseau, A., XXV, 120.
Troussievitch, Y., XXV, 132; XXVI. 528.
Truc, H., XXVI, 64.
Trull, XXVI, 529.
Tscherning, XXVI, 477.
Tschirieff, S., XXV, 195.
Tuffier, XXVI, 106.
Turle, James, XXV, 502.
Turnbull, XXV, 480.
Turquet, XXV, 648.
Turretta, Ant., XXVI, 228.
Tweedy, H.-C., XXV, 140.

U

Uffelmann, J., XXVI, 438.
Uhthoff, W., XXVI, 580, 730, 731.
Ulrich, XXVI, 305.
Ungar, E., XXV, 146.
Unna, P.-G., XXVI, 199, 643, 648.
Unverricht, XXV, 274.
Urueta, XXV, 103.

V

Vacher, Francis, XXV, 457.
Vacher, Louis, XXV, 116.
Vaillard, XXV, 581; XXVI, 716.
Valenti, G., XXV, 3.
Vallin, E., XXV, 595, 750; XXVI, 125.
Vandevelde, G., XXVI, 453.
Vanlair, C., XXV, 190.
Varigny, Henry C. de, XXV, 414; XXVI, 22.
Variot, G., XXV, 167.
Vassitch, P., XXV, 694.
Vautrin, Alexis, XXVI, 602.
Veillau, R.-R., XXV, 553.
Venneman, XXVI, 300.
Verchère, XXV, 350; XXVI, 456, 457.
Verneuil, XXV, 350, 703; XXVI, 37, 263, 456, 535.
Véron, L., XXVI, 534.
Vidal, E., XXVI, 642, 747, 748.
Vierordt, C., XXV, 177, 537.
Vieusse, XXV, 732.
Viger, J., XXV, 203.
Vignal, W., XXV, 350; XXVI, 484.
Villaret, XXV, 131.
Villejean, XXVI, 503.
Villeneuve, XXV, 633.
Villiers, A., XXVI, 35.
Vincent, XXVI, 492.
Virchow, R., XXV, 50; XXVI, 567, 703.
Vitschmann, Richard, XXVI, 12.
Voelkel, XXV, 609.
Vogel, H., XXVI, 138, 671.
Voigt, XXVI, 325.
Voltolini, XXV, 325.
Vossius, A., XXVI, 728.
Voukchevitch, XXV, 312.
Vulliet, F., XXVI, 186.
Vulpian, XXV, 116, 552; XXVI, 10, 11, 12, 324.

W

Wadham, XXV, 671.
Wadsworth, XXVI, 733.
Wagner, P., XXV, 675.
Wagner, E., XXV, 161; XXVI, 114.
Wakefield, XXV, 595.
Waldhauer, XXVI, 304.
Wallace, J., XXVI, 171.
Walsham, W.-G., XXV, 695.
Walter, Ch., XXVI, 407.
Walton, G.-L., XXV, 192, 553.
Wanscher, O., XXVI, 322.
Wargunin, W., XXVI, 480.
Warker, Ely van, XXVI, 186.
Warner, Francis, XXV, 195.
Warynski, Stan. XXV, 446; XXVI, 411.
Wassermann, Max, XXVI, 441.
Wassilieff, N., XXV, 69.
Waters, George, XXV, 583.
Webber, G., XXV, 580.
Weber, XXV, 251; XXVI, 304.
Weber, L., XXVI, 591.
Weber-Liel, XXV, 340.
Wecker, de, XXVI, 300, 305.
Wehenkel, XXV, 441.
Weichselbaum, XXV, 61, 452; XXVI, 125, 131.
Weigert, XXV, 93.
Weihe, XXV, 608.
Weil, XXV, 167, 203.
Weill, E., XXV, 495.
Weir, Robert-F., XXVI, 247, 289.
Weiss, Ad., XXV, 218, 476; XXVI, 431, 703.
Weiss, N., XXV, 575.
Weissenstein, R., XXVI, 680.
Welander, Edouard, XXV, 269.
Wells, Spencer, XXV, 639.
Werner, XXV, 110.
Wernich, A., XXV, 65.
Wernicke, XXV, 552.
Werth, XXV, 239; XXVI, 186, 602.
Wertheim, XXV, 89.
Wesener, XXVI, 132.
Wessel, XXVI, 726.
West, Samuel, XXVI, 543.
West, E.-G., XXVI, 474.
Westphal, XXV, 185; XXVI, 324, 325, 326.
Weydner, J.-B., XXVI, 321.
Weyl, Th., XXV, 57; XXVI, 32.
Whipham, Thomas, XXVI, 94.
Whittaker, J.-T., XXVI, 229, 254.
White, James-C., XXVI, 649.
White, W., XXV, 705.
Whitehead, Walter, XXVI, 263, 271.
Wicherkiewicz, XXVI, 307.

Wichnévski, XXV, 608.
Widerhöfer, XXVI, 145.
Widmark, Johan, XXV, 312; XXVI, 303.
Wiedow, XXV, 227.
Wiemer, Otto, XXV, 27, 427.
Wiener, XXV, 425.
Wiglesworth, Joseph, XXV, 280, 518.
Wildt, H., XXV, 232, 595.
Wilkins, XXVI, 554.
Wilks, S., XXV, 213.
Williams, John, XXVI, 626.
Williams, Th., XXV, 560; XXVI, 138.
Williams, Charles-H., XXV, 120.
Willoughby, E.-F., XXV, 509; XXVI, 144.
Winiwarter, XXV, 695; XXVI, 235.
Winslow, Randolph, XXVI, 229.
Wissemans, XXVI, 505.
Witkowski, L., XXV, 1, 57.
Wittelshöfer, XXVI, 281.
Witzel, XXV, 440; XXVI, 236.
Wolberg, L., XXV, 664.
Wolf, August, XXVI, 633.
Wolff, J., XXV, 321, 324, 582, 712; XXVI, 643, 703.
Wolff, Max, XXV, 82; XXVI, 144.
Wortabet, XXV, 601, 609.
Wyeth, John, XXV, 336.
Wyss, Oscar, XXV, 501.

Z

Zabolotsky, XXVI, 210.
Zacharievski, A., XXV, 485.
Zacher, XXV, 537.
Zahn, F.-Wilh, XXV, 89, 227; XXVI, 41, 166.
Zampettai, XXVI, 46.
Zancarol, XXV, 601.
Zaufal, XXV, 480.
Zawarykin, Th., XXV, 427.
Zehender, XXV, 308.
Zeller, A., XXVI, 161, 286.
Zemann, XXVI, 570.
Zenner, XXV, 560.
Zesas, G., XXV, 477; XXVI, 318, 680.
Ziehl, XXV, 678, 682; XXVI, 131.
Ziemssen, XXVI, 699, 748.
Zienkiewitch, Z., XXVI, 132.
Zillner, Eduard, XXVI, 636, 677.
Zoja, G., XXVI, 7.
Zuckerkandl, E., XXV, 5; XXVI, 9
Zuco, Marino. XXV, 44.
Zuelzer, XXVI, 36, 435.
Zuntz, M., XXV, 22.
Zweifel, Paul, XXV, 225, 639.
Zwetitch, XXV, 682.
Zwicke, XXVI, 693.

TABLE DES MATIÈRES.

A

Abcès. Microorganismes des — du tissu cellulaire, XXVI, 486; bacilles tuberculeux dans le pus des — XXVI, 131; trépanation et drainage pour les — du cerveau, XXV, 695; — de la moelle, XXVI, 467; — du poumon vidé par le drainage, XXV, 296, 300; des — du sinus maxillaire, XXV, 329; iridectomie dans les — cornéens, XXV, 739; micrococcus dans le pus d'un — puerpéral de la mamelle, XXVI, 49; forme rare d' — de l'estomac, XXVI, 94; — miliaires des reins dans la fièvre typhoïde, XXVI, 472; — du foie d'origine traumatique, XXVI, 105; — biliaires dans la cirrhose sans cholélithiase, XXVI, 115; des — aréolaires du foie, XXVI, 105; — dysentériques du foie, XXVI, 105; laparotomie pour les — péri-utérins, XXVI, 625. — R. B., XXV, 366, 756; XXVI, 355, 757. *Voy.* pus.

Abdomen. Examen des urines dans les maladies de l' — XXVI, 37; spasme des muscles de l' — dû à une tumeur du cerveau, XXV, 529; actinomycose des viscères — XXVI, 570; anévrisme de l'aorte — XXVI, 159; de la guérison après l'ablation de la paroi — XXVI, 720; ablation des tumeurs dermoïdes de l' — avec résection du péritoine pariétal, XXVI, 720; tumeurs fibreuses de la paroi — XXVI, 720; indications opératoires dans les blessures profondes de l' — XXVI, 246; plaie de l' — avec énorme hernie de l'intestin, XXVI, 247; plaie de l' — XXVI, 246; des plaies par armes à feu de l' — XXVI, 246; laparotomie pour plaie par armes à feu de l' — XXVI, 246; expulsion à travers les parois — des parties fœtales dans une grossesse extra-utérine, XXVI, 187; de la toilette du péritoine après les opérations — XXVI, 169; valeur du spray phéniqué dans les opérations sur l' — XXVI, 168. — R. B., XXV, 366, 756; XXVI, 355, 757. *Voy.* intestin, laparotomie.

Absinthe, ine. Action de l' — XXVI, 497.

Absorption. — des rayons ultra-violets par diverses substances, XXVI, 424; de l' — par le poumon, XXVI, 484; capacité d' — de la peau pour les liquides pulvérisés, XXV, 474; — d'oxygène dans une atmosphère suroxygénée; XXV, 25, 423; — du sucre et de l'albumine dans l'estomac, XXVI, 27 mécanisme de l' — des graisses, XXV, 27; XXVI, 435; de l' — de la graisse dans l'intestin grêle, XXV, 427; — des substances médicamenteuses par la peau, XXV, 95; — du fer, XXVI, 455. — R. B., XXVI, 355.

Acclimatement. Traité de l' — XXVI, 529.

Accommodation. De l' — de perspective, XXV, 422.

Accouchement. De la forme de l'excavation pelvienne au point de vue de l' — XXV, 242; forme spéciale de la poche des eaux, XXV, 242; de l'influence qu'exerce sur le deuxième — l'intervalle qui sépare les deux — XXVI, 173; l' — et les suites de couches chez les primipares âgées, XXV, 241, 648; des lochies à l'état normal et de leurs états pathologiques, XXV, 649; les lochies et les organismes inférieurs, XXV, 649; variations des éléments solides de l'urine pendant les suites d' — XXV, 246; inversion utérine suite d' — XXV, 243; de la rigidité du col utérin, en particulier d'origine syphilitique, pendant l' — XXVI, 179; action de l'électricité sur l'utérus pendant l' — et les suites de couches, XXVI, 175; influence de la cimicifuga racemosa sur le travail, XXVI, 180; des applications de forceps dans les variétés postérieures du sommet et de la face, XXV, 652; de la rupture du périnée dans l' — XXV, 652; énucléation des fibromes utérins à la suite de l' — XXV, 231; effets anesthésiques de la cocaïne pendant l' — XXV, 481; emploi du sulfate de cuivre dans les — XXV, 656; emploi

de l'iodoforme dans les — XXV, 656; rupture du gros intestin du nouveau-né pendant l' — XXVI, 636. — R. B., XXV, 366, 756; XXVI, 355, 757. *Voy.* céphalotripsie, césarienne.
Acétal. Action de l' — XXVI, 501.
Acétique (acide). Traitement de la teigne tondante par l' — XXV, 260.
Acétone. Réaction de l' — avec l'acide diazobenzolsulfonique, XXV, 33; présence de la substance formant l' — après l'empoisonnement par l'acide sulfurique, XXV, 45.
Acétonurie. De l' — XXV, 620; XXVI, 601; acétone et — XXV, 461; la doctrine de l' — à propos du coma diabétique, XXV, 212; de l' — XXV, 212. — R. B., XXVI, 758.
Acholie. *Voy.* foie.
Acides. Recherches des — libres contenus dans l'estomac, XXVI, 438.
Acné. — varioliforme terminé par la mort, XXVI, 205.
Aconit. Action de l' — ferox, XXVI, 55.
Actinomycose. De l' — XXVI, 567; — de l'homme et des animaux, XXV, 50; transmission par inoculation de l' — XXV, 50; culture de l' — XXV, 50; — simulant une pelvipéritonite suppurée, XXVI, 567; — simulant la morve, XXVI, 567; — du péritoine et des viscères abdominaux, XXVI, 570; technique histologique pour reconnaître l' — XXVI, 567. *Voy.* mycose.
Addison (mal. d'). — R. B., XXV, 367; XXVI, 356, 758.
Adénine. Nouvelle base organique, XXVI, 38.
Adénite. De l' — rhumatismale, XXVI, 590; traitement des — caséeuses et scrofuleuses, XXVI, 710, 711, 712; extirpation des — du cou, XXV, 713; virulence de l' — chancreuse, XXV, 684; traitement des — chancreuses, XXV, 684. *Voy.* lymphatique.
Adénoïde. Tumeurs — du pharynx nasal, XXV, 319; traitement des végétations — du pharynx nasal, XXVI, 738; tumeurs — diverticulaires de l'ombilic, XXVI, 272.
Adénome. Poly — de la lèvre, XXVI, 457; — généralisé du foie, XXVI, 106; — du foie, XXVI, 119; — du rein, XXV, 452; extirpation d'un — papillaire de la vessie, XXVI, 281; — du côlon et du rectum, XXVI, 271.
Adénopathie. Pericardite consécutive à l' — bronchique tuberculeuse, XXVI, 543.
Adipeux (tissu). Réseaux du — XXV, 405.
Adipocire. Signification de l' — XXV, 654.
Aérothérapie. — R. B., XXV, 367; XXVI, 356, 758.
Agaricine. — contre les sueurs nocturnes des phtisiques, XXV, 133; de l' — comme antisudorifique, XXVI, 72.
Age. L'accouchement et les suites de couches chez les primipares — XXV, 241.
Agonie. Leucocytose de l' — XXVI, 541.
Ainhum. R. B., XXV, 367; XXVI, 356, 758.
Air. Dosage de l'acide carbonique de l' — XXV, 141; influence des variations de la composition de l' — sur les phénomènes d'oxydation et sur la respiration, XXV, 25, 423; effet de l'insufflation des poumons par l' — comprimé, XXVI, 485; effets de l' — condensé sur la respiration, XXV, 21; injections d' — purifié après la thoracentèse pour empyème, XXV, 714; entrée de l' — dans les veines utérines, XXV, 651; mort subite dans la phtisie pulmonaire par pénétration d' — dans les vaisseaux, XXVI, 137; accumulation d' — dans les ventricules d'un cerveau, XXVI, 469. — R. B., XXV, 367, 756; XXVI, 356, 758.
Albumine. De la fermentation de l' — XXV, 433; XXVI, 38; résorption de l' — dans l'estomac, XXVI, 27; présence d' — dans la salive et dans la bile des albuminuriques, XXVI, 571; méthodes de recherche de l' — dans l'urine, XXVI, 443; recherche de l' — dans l'urine par l'acide métaphosphorique, XXV, 35; — R. B., XXV, 367. *Voy.* urine.
Albuminoïdes. Etude des — du lait de vache, XXVI, 454; valeur de la destruction des — chez l'homme, XXVI, 444; acides amidés provenant de la décomposition des — XXVI, 32; action des sels des métaux alcalins et alcalino-terreux sur les substances — XXV, 34; R. B., XXVI, 356, 758.
Albuminurie. De l' — physiologique, XXVI, 571; de l' — régulatoire, XXVI, 571; des — XXVI, 571; moyen de reconnaître si l' — a pour cause une maladie de Bright ou un trouble fonctionnel du rein, XXVI, 444; — de la grossesse, XXV, 650; — dans les maladies de la peau, XXVI, 571; de l' — dans le rhumatisme articulaire aigu, XXVI, 591; — diphtéritique, XXVI, 145, 585; rapports de la phtisie et de l' — XXVI, 138; glaucome aigu dans le cours d'une rétinite — XXV, 743; de l' — dans les hernies étranglées, XXVI, 247; présence d'albumine dans la salive et la bile des — XXVI, 571. — R. B., XXV, 756; XXVI, 356, 758. *Voy.* néphrite, rein.
Albumose. De l' — et de l'hémi — XXV, 35; XXVI, 440.
Alcalis. Détermination des — dans l'urine, XXV, 37.
Alcalins. Action des — sur les substances albuminoïdes, XXV, 34; influence des — sur la composition et la sécrétion de la bile, XXV, 96, 471; conditions de la réaction — de l'urine, XXV, 90.
Alcaloïdes. — de la putréfaction, XXV, 42, 43, 44, 439; XXVI, 39; présence d' — toxiques dans l'urine, XXV, 44; — toxique dans les déjections des cholériques, XXV, 583; effets des — du quebracho, XXVI, 499. *Voy.* pharmacologie, ptomaïnes.
Alcool. Action physiologique et transformation des — éthylique et butylique trichlorés, XXV, 100; transformations des — tertiaires dans l'organisme, XXVI, 450.
Alcoolisme. Législation contre les — et

hôpitaux d' — XXV, 149; recherches statistiques sur l' — XXV, 274; les boissons — dans l'armée, XXV, 750; des troubles oculaires chez les — XXVI, 730; recherches expérimentales sur l' — chronique, XXV, 273; affection spinale particulière chez les — XXV, 272; des paralysies, — XXV, 693; cirrhoses paludo — XXVI, 534; traitement du délirium tremens, XXV, 274. — R. B., XXV, 367, 756; XXVI, 356, 758.

Aldéhydes. Nouvelle réaction des — XXV, 33.

Aliénation. Variétés des circonvolutions cérébrales chez les — XXV, 686; cerveau d' — criminel, XXV, 518; sclérose du cerveau chez les — XXV, 687; rumination chez les — XXVI, 432; élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain et chez l' — XXV, 687; de la réaction pupillaire chez les déments, XXV, 280; état du fond de l'œil dans les diverses formes d' — XXV, 280; de la folie à deux, XXV, 689; sur une forme de folie épileptique, XXV, 277; démence sénile avec phénomènes d'obsession, XXV, 195; de l'asphyxie des extrémités dans la période de dépression de la folie à double forme, XXV, 282; pronostic dans les cas de sitiophobie, XXV, 691; — à la suite de l'ovariotomie, XXVI, 613. — R. B., XXV, 367, 757; XXVI, 356, 758.

Alimentation. Détermination du calorique de combustion des substances — XXVI, 425; des substances azotées de l' — XXVI, 31; formation de l'urée pendant la digestion des — azotés, XXV, 426; du salicylage des substances — XXV, 151; emploi des poudres de viande dans l' — du soldat, XXV, 755; — par la sonde chez les jeunes enfants, XXVI, 636. — R. B., XXV, 367, 757; XXVI, 356, 758.

Allaitement. R. B., XXVI, 759.

Allochirie. De l' — XXV, 194.

Aloès. Injections hypodermiques d' — XXV, 101.

Alun. De l' — contre la fièvre intermittente, XXV, 133.

Amaurose. Deux cas d' — accompagnés de déformations crâniennes, XXV, 745; — urémique, XXV, 315; — saturnine, XXVI, 304. *Voy.* œil.

Ambulance. Improvisation de matériel d' — XXV, 746.

Aménorrhée. *Voy.* menstruation.

Amides. — provenant de la décomposition des substances albuminoïdes, XXVI, 32.

Ammoniaque. Injections d' — comme excitant, XXVI, 528; asphyxie par le gaz devenue mortelle par l'administration maladroite d' — XXVI, 663; empoisonnement par le sulfhydrate d' — dégagé d'un mastic de fer, XXVI, 62.

Ammonium. Action physiologique de quelques bases d' — XXV, 469.

Amnios. Formation de l' — et des annexes, XXVI, 8; origine du liquide — XXVI, 171; forme spéciale de la poche des eaux, XXV, 242; grossesse extra-utérine compliquée d'hyd — XXVI, 186. — R. B., XXV, 367, 757.

Amputations. Des — multiples, XXVI, 297; des — sous-périostées, XXVI, 714; nouvelle méthode d'— du métatarse, XXV, 735; modifications des artères dans les moignons d'— XXV, 56; état du système nerveux chez les — XXVI, 468, 469. — R. B., XXV, 367; XXVI, 357, 759.

Amygdale, ite. Les trois — XXV, 318; hypertrophie de la 3e — XXV, 319; migration des leucocytes dans les — XXVI, 434; de la tuberculose des — XXVI, 308; hémorragie de la carotide interne suite d'une — phlegmoneuse, XXV, 320; chancre mou de l'— XXVI, 214. — R. B., XXV, 367, 757; XXVI, 357, 759.

Amygdalotomie. Indications et procédés d'— XXVI, 736; emploi de la cocaïne dans l'— XXVI, 518.

Amyle. Effets du nitrite d'— XXV, 470.

Amyotrophie. De l'— spinale progressive, XXV, 537; de la sclérose-latérale, XXV, 536. *Voy.* moelle, muscle.

Anasarque. — essentielle de la scarlatine, XXV, 664. *Voy.* albuminurie.

Anatomie. — R. B., XXV, 368, 757; XXVI, 357, 759.

Anchylostomiase. De l'— XXV, 608, 609; du rôle de l'— dans l'anémie des mineurs, XXV, 608, 609; du traitement de l'— XXV, 608. *Voy.* helminthes.

Anémie. Du rôle des anchylostomes dans l'— des mineurs, XXV, 608, 609; symptômes et traitement de l'— pernicieuse, XXVI, 541; nature de l'— pernicieuse, XXVI, 541; leucocytose passagère dans l'— pernicieuse, XXVI, 541; altérations des nerfs des parois intestinales dans l'— pernicieuse, XXVI, 542; — pernicieuse chez un enfant, XXVI, 633; richesse du sang en hémoglobine dans l'— après injections d'hémoglobine et de sang, XXVI, 699; action du mercure sur le sang des — XXVI, 495. — R. B., XXV, 757; XXVI, 357, 759.

Anencéphalie. Obs. d'— XXV, 440. *Voy.* cerveau.

Anesthésie. La cocaïne comme agent — XXV, 116, 120, 123, 476, 480, 485; XXVI, 68, 518; des — locales par la cocaïne, XXVI, 518; effets — de la cocaïne, XXV, 476, 480, 485; de l'— en oculistique, XXVI, 298; — partielle, XXV, 537; distribution de l'— dans le cas de lésions des nerfs du plexus brachial, XXV, 174. — R. B., XXV, 368, 757; XXVI, 357, 759.

Anévrisme. Influence de l'augmentation de pression du sang sur l'élasticité des vaisseaux au point de vue de l'étiologie des — XXVI, 41; extirpation du sac — XXVI, 294; — de la crosse de l'aorte, XXVI, 563; — de l'aorte abdominale, XXVI, 159, 563; — de l'aorte abdominale causant la gangrène des membres, XXVI, 563; diagnostic d'un — aortique par la laryngoscopie, XXV, 332; de la valeur de l'absence du pouls radial comme signe diagnostique des —

latents de la crosse de l'aorte, XXVI, 563 ; — de l'artère pulmonaire chez une phtisique, XXVI, 138 ; — de l'orbite, XXVI, 299 ; — intra-orbitaire, XXV, 738 ; — cirsoïde de la tête, XXV, 710 ; — poplité, XXV, 707 ; — du tronc brachio-céphalique, XXVI, 697 ; — artério veineux de la carotide primitive et de la jugulaire interne, XXVI, 695 ; ligature pour un — de la carotide primitive, XXVI, 696 ; ligature des deux carotides primitives pour — XXV, 293 ; — traumatique de la sous-clavière, XXVI, 697 ; — axillaires, XXVI, 697;— cirsoïde des doigts, XXV, 706 ; — cirsoïde de la main, XXV, 706 ; des — inguinaux, XXV, 707 ; ligature pour un — de l'iliaque primitive, XXV, 292 ; — artério-veineux de la fémorale, XXV, 707; — de la fémorale, XXV, 707 ; — miliaires de l'estomac, XXVI, 94. — R. B., XXV, 368, 758 ; XXVI, 368, 759.

Angine. Erythème polymorphe et purpura rhumatismal consécutifs à des — XXVI, 195 ; emploi de la cocaïne dans l' — XXV, 480. — R. B., XXV, 368, 758 ; XXVI, 358, 760.

Angine de poitrine. — dans l'hystérie, XXV, 192 ; de l'— rhumatismale, XXVI; 558 ; — caractérisée par un rétrécissement des artères coronaires, XXVI, 558.

Angiome. — de la langue, XXV, 741 ; ligature de la carotide primitive chez un enfant pour un — de la région parotidienne, XXV, 301 ; nævus du rectum, XXVI, 271 ; traitement des — par l'électrolyse, XXV, 710. — R. B. XXV, 758 ; XXVI, 760.

Anguillule. *Voy.* helminthe.

Anisique (acide.) Action de l'— XXVI, 61.

Anomalie. Pathogénie des — congénitales, XXV, 446 ; — de développement comme origine des tumeurs, XXV, 60 ; des — musculaires et de leur importance en anthropologie, XXV, 408 ; de l'inversion viscérale chez l'embryon de poulet, XXVI, 411 ; persistance du corps de Wolff dans la portion vaginale, XXVI, 470 ; — congénitale des deux membres supérieurs, XXVI, 475 ; transposition des troncs artériels issus du cœur, XXV, 440 ; inversion des organes hypogastriques, XXV, 440 ; inversion latérale totale des viscères, XXV, 440 ; — de développement de l'hymen, XXVI, 164. R. B., XXV, 368, 758 ; XXVI, 358.

Anophtalmie. *Voy.* œil.

Anthracosis. De l'— XXV, 93; de la tuberculose pulmonaire — XXV, 162.

Anthrax. Bactérie de l'— XXVI, 45. — R. B., XXV, 758 ; XXVI, 760.

Anthropologie. Des anomalies musculaires et de leur importance en — XXV, 408. — R. B., XXV, 358, 758 ; XXVI, 358, 760.

Antipyrétique. Influence du traitement — sur l'élaboration des substances azotées, XXV, 130.

Antipyrine. Revue sur l'— XXV, 344 ;— action de l'— XXVI, 71, 72 ; étude thérapeutique et physiologique de l' — XXVI, 511, 512, 513 ; résultats du traitement par l'— XXVI, 511, 512, 513 ; — emploi de l'— dans la phtisie, XXVI, 511, 512, 513 ; — dans le rhumatisme, XXVI, 513; de l'— dans la fièvre typhoïde et la pneumonie, XXVI, 71, 72. *Voy.* pharmacologie, thérapeutique.

Antiseptique. Valeur des divers — XXVI, 220, 494 ; résultats des pansements — XXVI, 220; emploi des — en ophtalmologie, XXV, 317 ; — dans les opérations de cataracte, XXVI, 304 ; traitement — des maladies infectieuses, XXVI, 509 ; action — des principes biliaires, XXV, 436. — R. B., XXVI, 760.

Anus. Emploi de la cocaïne contre la fissure-, XXVI, 69 ; guérison d'un — contre nature, suite de hernie étranglée, XXVI, 263; traitement de l'— artificiel par la résection de l'intestin, XXVI, 263; absence du côlon constatée dans une colotomie, XXVI, 263; colotomie lombaire et colotomie iliaque, XXVI, 263; colotomie par la méthode de Littré, XXVI, 263; traitement des ulcérations et rétrécissements syphilitiques du rectum par la colotomie, XXVI, 263; colotomie et cœcotomie pour le traitement des ulcérations dysentériques du gros intestin, XXVI, 263; traitement des fistules vésico-intestinales par la colotomie, XXVI, 263.—R.B., XXV, 368, 758; XXVI, 358, 760.

Aorte, ite. Traité des maladies de l'— XXVI, 548; de l'— aiguë, XXVI, 563 ; souffle diastolique — avec une — simplement athéromateuse, XXVI, 563; liens unissant l'— et l'artère pulmonaire, XXVI, 2; anévrisme de la crosse — XXVI, 563; anévrisme de l'— abdominale, XXVI, 159, 563; oblitération de l'— abdominale par embolie ou thrombose, XXVI, 563; anévrisme de l'— abdominale causant la gangrène des membres, XXVI, 563; de la valeur de l'absence du pouls radial comme signe diagnostique des anévrismes latents de la crosse de l'— XXVI, 563; diagnostic d'un anévrisme — par la laryngoscopie, XXV, 332. — R. B., XXVI, 358, 760.

Aphasie. — produite par les ascarides, XXV, 608 ; — toxique par la santonine, XXV, 111. *Voy.* cerveau.

Apomorphine. De l'— dans les affections nerveuses et l'hystéro-épilepsie, XXV, 495. *Voy.* pharmacologie.

Aponévrose. De la rétraction de l'— palmaire chez les diabétiques, XXV, 203.

Apoplexie. Accidents — compliquant l'ataxie, XXV, 552; accidents — dans les maladies de la moelle, XXV, 537. *Voy.* cerveau.

Appareil. — pour mesurer l'astigmatisme, XXV, 308 ; — de la pince à os et du cranioclaste, XXV, 249. — R. B., XXV, 369; XXVI, 358, 760.

Araignée. Structure et physiologie du foie des —, XXV, 12.

Argile. Emploi de l'— dans l'épididymite blennorragique, XXV, 271.

Arsenic. Du passage de l'— dans le lait des nourrices, XXV, 102; de la dermatite — XXVI, 649; injection d'— dans les tumeurs verruqueuses, XXVI, 526; traitement des lymphomes par l'— XXVI, 525, 526.

Artère, ite. Distribution des fibres élastiques dans les — XXV, 403; détermination des points d'émergence des — fessière, ischiatique et honteuse interne pour la ligature, XXVI, 3; liens unissant l'aorte et l'— pulmonaire, XXVI, 2; variations de la pression — XXV, 421; transposition des troncs — issus du cœur, XXV, 440; valeur diagnostique du bruit métallique dans les lésions partielles des —, XXV, 292; plaie de l'— et de la veine fémorales; ligature des deux vaisseaux, XXVI, 698; modification des — dans les moignons d'amputation, XXV, 56; ulcération des — au contact des foyers purulents, XXV, 712; extirpation de 5 centimètres de l'— carotide primitive englobée dans un néoplasme, XXVI, 695; modifications qui se produisent dans les — à la suite de la ligature, XXV, 56; cicatrisation de la rupture circulaire des — après la ligature, XXVI, 41, 42; ligature de l'— carotide primitive pour une névralgie du trijumeau, XXVI, 681; observation de ligature de l'— carotide externe, XXVI, 694; ligature des deux carotides primitives pour anévrisme, XXV, 293; ligature de la carotide primitive pour un angiome, XXV, 301; ligature de l'iliaque primitive pour les hémorragies secondaires, XXV, 293; anévrisme de l'iliaque primitive traité par la ligature, XXV, 292; ligature de l'— iliaque externe, XXV, 707; histoire de la ligature de la fémorale commune, XXV, 294; ligature sous-cutanée de l'— brachiale, XXV, 295; hémorragie de l'— carotide, suite d'une amygdalite phlegmoneuse, XXV, 320; anévrisme de l'— pulmonaire chez une phtisique, XXVI, 138; rétrécissement de l'— pulmonaire, XXVI, 554; anévrisme de l'— pulmonaire, XXVI, 554; anévrisme de l'— carotide primitive, traité par la ligature, XXVI, 696; anévrisme artério-veineux de l'— carotide primitive et de la jugulaire interne, XXVI, 694; anévrisme du tronc brachio-céphalique, XXVI, 697; rupture de l'— axillaire dans la luxation de l'épaule, XXV, 707; anévrismes des — sous-clavière et axillaire, XXVI, 697; anévrisme de la fémorale, XXV, 707; anévrisme de l'iliaque, XXV, 707; anévrisme de la poplitée, XXV, 707; fracture du crâne avec rupture de l'— méningée, XXV, 695; de l'embolie de l'— centrale de la rétine, XXVI, 307; altérations des — dans le diabète, XXV, 202; angine de poitrine caractérisée par un rétrécissement des — coronaires, XXVI, 558; de la sclérose des — coronaires, XXVI, 558; des néphrites — XXVI, 571; de l'— aiguë rhumatismale, XXVI, 566; de la curabilité de l'— syphilitique, XXVI, 213; — de la fémorale, XXVI, 566. — R. B., XXV, 369, 759; XXVI, 359, 760.

Arthrite. Organismes contenus dans les — métastatiques infectieuses, XXVI, 486; — syphilitique, XXV, 266; des luxations subites dans le cours des — XXV, 703. *Voy.* articulation.

Arthropathie. — tabétique, XXV, 560, 561.

Articulation. Des — de l'épaule et du coude chez les oiseaux et les reptiles, XXVI, 410; variété de corps étrangers du genou, XXV, 452; des méthodes de traitement de la tuberculose — XXVI, 716. — R. B., XXV, 369, 759; XXVI, 359, 760.

Ascarides. *Voy.* helminthes.

Asparagine. Effets de l'— sur la nutrition, XXV, 426.

Asphyxie. Rôle de l'acide carbonique dans l'— XXV, 454, 455; — locale palustre, XXVI, 535; sclérodermie précédée d'— des extrémités, XXVI, 198; de l'— locale des extrémités dans la période de dépression de la folie à double forme, XXV, 282; — par le gaz d'éclairage, devenue mortelle par l'administration maladroite d'ammoniaque, XXVI, 663; moyen de remédier à l'— résultant de l'introduction du sang dans la trachée, XXV, 335. — R. B., XXVI, 761.

Aspidospermine. *Voy.* quebracho.

Assimilation. — Du fer, XXVI, 455.

Asthme. De l'— dans ses rapports avec les maladies du nez, XXV, 328; XXVI, 738, 739. — R. B., XXV, 759; XXVI, 359, 761.

Asthme des foins. De l' — XXV, 328; de l' — chez le nègre, XXVI, 312; traitement de l' — XXVI, 310. *Voy.* asthme, nez.

Astigmatisme. Mesure de l' — XXV, 308; blépharospasme, 309, — XXV.

Ataxie. Théorie nouvelle de l' — XXV, 560; limites de perception des impressions thermiques chez les — XXV, 565; troubles visuels dans l' — XXV, 553; ophtalmoplégie interne dans l' — XXV, 553; réaction électrique des nerfs sensitifs de la peau chez les — XXV, 565; crises laryngées et viscéralgiques dans l' — XXV, 553; troubles du nerf vague dans l' — XXV, 553; hémiatrophie de la langue dans le cours de l' — XXV, 553; lésions de la peau chez les — XXV, 561; état ichtiosique de la peau chez les — XXV, 561; sueurs localisées dans un cas d' — XXV, 565; troubles vasomoteurs et sécréteurs dans le cours de l' — XXV, 565; de la migraine au début de l' — XXV, 552; accidents apoplectiformes compliquant l'— XXV, 552; de l'— avec crises épileptiformes, XXV, 552; troubles vertigineux dans l' — XXV, 553; des crises de courbature musculaire dans l' — XXV, 553; des crises clitoridiennes dans le cours de l'— XXV, 553; état du réflexe patellaire dans l' — XXV, 560; — compliquée d'affection cérébrale, XXV, 552; spondylolisthésis chez un — XXV, 561; du mal perforant au début de l' — XXV, 561; des troubles trophiques dans l' —

XXV, 561 ; des lésions osseuses et articulaires dans l' — XXV, 560, 561 ; pied — XXV, 561 ; dystrophie et chute des ongles chez les — XXV, 561 ; de la période pré — du tabes syphilitique, XXVI, 211 ; des relations de l' — avec la syphilis, XXVI, 324 ; de l'origine périphérique de l' — XXV, 566 ; du nervotabes périphérique, XXV, 565 ; des altérations des nerfs cutanés chez les — XXV, 565 ; des névrites périphériques chez les — XXV, 566 ; — suite de diphtérie, XXVI, 580 ; variétés anatomiques de l' — XXV, 566 ; état de la moelle dans 13 cas d' — XXV, 573 ; altérations des colonnes de Clarke dans l' — XXV, 566 ; curabilité et traitement de l' — XXVI, 74 ; traitement de l' — par l'électricité, XXVI, 74 ; dangers du seigle ergoté dans l' — XXVI, 74 ; élongation nerveuse dans l' — XXVI, 74 ; hématomyélie consécutive à l'élongation nerveuse dans l' — XXV, 566. *Voy.* moelle.

Athétose. De l'hémi—XXV, 518. — R. B., XXVI, 761.

Atrophie. — faciale, XXV, 582 ; hémi — de la langue dans le cours d'un tabes, XXV, 553 ; forme juvénile de l'— musculaire progressive, XXV, 578 ; XXVI, 594 ; — musculaire hémiplégique d'origine périphérique, XXV, 574.

Atropine. Action de l' — sur la contractilité cardiaque, XXV, 99 ; influence de l' — sur la production du lait, XXV, 96 ; la cocaïne combinée à l' — dans le traitement des maladies oculaires, XXVI, 69 ; de l' — contre les effets des chocs électriques, XXVI, 73.

Audition. De la fausse — due à l'autophonie dans les maladies de l'oreille, XXV, 339.

Auscultation. — des bruits œsophagiens pendant la déglutition au point de vue du diagnostic, XXVI, 124.

Autoplastie. Des procédés d' — XXVI, 225 ; emploi des sutures perdues dans l' — XXV, 302.

Avortement. Provocation de l' — par les courants continus, XXVI, 175 ; traitement des — XXV, 247. — R. B., XXV, 369, 759 ; XXVI, 359, 761.

Azote. Détermination de l' — dans l'urine, XXVI, 34, 444 ; formation de l'urée pendant la digestion des aliments — XXV, 426 ; influence de la fièvre et du traitement antipyrétique sur l'élaboration des substances — XXV, 130 ; des substances — de l'alimentation, XXVI, 31.

B

Bacille. Valeur diagnostique du — de la tuberculose, XXVI, 477 ; — de la tuberculose dans l'otite suppurée, XXVI, 320 ; — tuberculeux et micrococcus pneumonique chez le même sujet, XXVI, 467 ; méthode de coloration des — tuberculeux, XXVI, 482 ; — du choléra, XXV, 582, 583 ; le — du choléra nostras, XXV, 582 ; le — de la syphilis, XXVI, 208 ; rapports des — avec l'ophtalmie jéquiritique, XXVI, 299 ; empoisonnement des poules par le — du jéquirity, XXV, 82 ; du — de la lèpre, XXV, 259. *Voy.* organismes inférieurs.

Bactérie. Du rôle des leucocytes par rapport aux — pathogènes, XXV, 69 ; existence des — dans les tissus sains, XXV, 65 ; — du foin, XXV, 73 ; — dans la dacryocystite et l'ulcère de la cornée, XXVI, 303 ; — de l'ostéomyélite et de l'anthrax, XXVI, 45 ; la — de la septicémie, XXV, 78 ; la transformation des — du charbon en — inoffensives, XXV, 73 ; passage des — charboneuses dans le lait des animaux atteints du charbon, XXV, 73 ; — des sécrétions puerpérales, XXV, 80 ; — des matières fécales, XXV, 85, 87 ; XXVI, 491 ; présence de — dans la sérosité péritonéale de la hernie étranglée et de l'occlusion intestinale, XXV, 85 ; — du rouget des porcs, XXV, 82. *Voy.* organismes inférieurs.

Bains. Effets et mode d'emploi des — électriques, XXV, 495, 497 ; action comparée des — et des douches dans l'impaludisme, XXV, 114 ; action du — froid sur la température, XXVI, 63 ; traitement de la pneumonie hyperthermique par les — froids, XXV, 162 ; traitement de la fièvre puerpérale par les — froids, XXV, 250 ; — chauds dans le choléra, XXV, 486. — R. B., XXV, 369, 759 ; XXVI, 359, 761.

Basiotribe. *Voy.* céphalotripsie.

Bassin. Du — infantile, XXV, 648 ; méthode de mensuration du — XXVI, 178 ; de la forme de l'excavation pelvienne au point de vue obstétrical, XXV, 242 ; rétrécissement transversal du — par arrêt de développement du sacrum, XXVI, 177 ; du — spondylolisthésique, XXV, 243, 244 ; des kystes du petit — au point de vue de la dystocie, XXV, 248 ; extirpation d'un myome — de 17 livres, XXVI, 614. — R. B., XXV, 369, 759 ; XXVI, 761.

Bec-de-lièvre. Etiologie du — XXVI, 713 ; siège du — XXVI, 713 ; observation de — XXV, 446. — R. B., XXV, 369, 759.

Belladone. Association de la — pour faire tolérer l'iodure de potassium, XXVI, 528. *Voy.* pharmacologie.

Béribéri. Epidémie de — à Manille, XXVI, 529 ; — observé à Paris chez un enfant, XXV, 673 ; anatomie pathologique du — XXVI, 529 ; le lathyrisme et le — XXV, 142 ; identité du myxœdème et du — XXVI, 159. — R. B., XXVI, 761.

Bichromate. Elimination du — de potasse, XXV, 102 ; action toxique du — de potasse sur le nez, la gorge et l'oreille, XXV, 330 ; ulcérations nasales chez les ouvriers travaillant le — de potasse, XXV, 146.

Bière. Falsications de la — XXV, 151 ; inconvénients hygiéniques des pompes à — XXV, 151.

Bile. Ce que devient la — dans le cana digestif, XXVI, 431 ; influence des al-

calins sur la composition de la — XXV, 96; présence d'albumine dans la — des albuminuriques, XXVI, 571.
Biliaires (voies). Action antiseptique des principes — XXV, 436; influence des alcalins sur la sécrétion — XXV, 471 ; présence de sels — dans le sang des cholériques, XXV, 583; rapports entre les mouvements de l'iris et la présence ou l'absence d'acides — dans l'urine, XXVI, 99; irrégularités du rythme cardiaque dans un cas de lithiase — XXVI, 99; abcès — dans la cirrhose sans cholélithiase, XXVI, 115; pénétration d'ascarides dans les voies — XXV, 608; occlusion intestinale par calcul — XXVI, 254; obstruction de la vésicule — par imperméabilité du canal cholédoque, XXVI, 235; fistule — consécutive à une ponction exploratrice, XXVI, 235; de l'ablation de la vésicule — XXVI, 236; cholécystotomie pour calculs — XXVI, 235, 236; cancer primitif des — XXVI, 119, cancer primitif de la vésicule — XXVI, 119. — R. B., XXV, 369, 759; XXVI, 359, 761. *Voy.* cholécystectomie, cholécystotomie.
Biologie. R. B., XXVI, 360.
Bismuth. Du sous-nitrate de — dans les plaies vénériennes, XXV, 268. *Voy.* pansement.
Blennorragie. Du microbe de la — XXV, 269; XXVI, 215, 216, 217, 218 ; de l'urétrite chronique — XXV, 269; des affections — du canal déférent, XXVI, 218 ; des cystites — XXV, 271; des altérations de l'ouie dans le rhumatisme — XXVI, 321; traitement abortif de la — XXVI, 218; effets de la cocaïne dans la — XXV, 485 ; traitement de la — par les injections de sublimé, XXV, 271 ; emploi de l'argile dans l'épididymite — XXV, 271. — R. B., XXV, 370, 760; XXVI, 360, 761.
Blépharospasme. — astigmatique, XXV, 309. *Voy.* paupière.
Bois. Pansement avec la laine de — XXVI, 220.
Borique (acide). Effets de l' — XXV, 498; traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés par l' — XXV, 312 ; traitement du choléra par l' — XXV, 486.
Bouche. Malformation congénitale de la — XXV, 440; lésions de la muqueuse — dans le lichen plan, XXVI, 195 ; tuberculose de la muqueuse — XXV, 60. — R. B., XXVI, 360.
Branchies. Malformations des arcs — XXV, 440.
Bright (mal de). *Voy.* rein.
Brome. Procédé de désinfection par la vapeur de — XXV, 65; traitement du croup par le — XXVI, 66.
Bromoforme. Action du — XXV, 469.
Bromure. Association du — pour faire tolérer l'iodure de potassium, XXVI, 528 ; traitement du diabète par le — de potassium, XXV, 213; deux cas de méningite cérébro-spinale guéris par le — de potassium, XXV, 135.
Bronches. Des spirales qu'on trouve dans les sécrétions — XXVI, 466; péricardite consécutive à l'adénopathie — tuberculeuse, XXVI, 543; corps étranger des — XXV, 335, 336. — R. B., XXV, 370, 760 ; XXVI, 360, 761.
Bronchiectasie. Drainage du poumon pour une — XXV, 296.
Bronchite. — dans la diphtérie, XXVI, 580; de la — chronique chez les enfants, XXV, 662.
Broncho-pneumonie. Présence du micrococcus pneumonique dans la — de la rougeole, XXVI, 47.
Brûlures. Etude médico-légale des — avec carbonisation, XXVI, 677 ; emploi de la cocaïne dans les — XXV, 476; traitement des — par l'eau créosotée, XXVI, 79. — R. B., XXV, 370, 760; XXVI, 360.
Bubon. *Voy.* adénite, chancre.
Bulbe. Altérations du — qui déterminent le phénomène de Cheyne-Stokes, XXV, 59. *Voy.* moelle.

C

Cadavre. Influence du système nerveux sur la rigidité — XXV, 430; la rigidité et les taches — sont-elles toujours des signes de mort, XXVI, 653 ; de la décomposition — hâtive ou foudroyante, XXVI, 653; emphysème — XXVI, 653; examen de — momifiés, XXVI, 654. — R. B., XXV, 370.
Café, ine. Action physiologique et emploi thérapeutique du — et de la — XXVI, 496.
Calcul. Etudes sur l'affection — du foie, XXVI, 99; irrégularités du rythme cardiaque dans un cas de — biliaire, XXVI. 99; occlusion intestinale par — biliaire, XXVI, 254; cholécystotomie pour — biliaires, XXVI, 235, 236 ; des — de l'urètre, XXVI, 279 ; anurie par occlusion des uretères par des — XXVI, 279; énorme — de la vessie, XXVI, 270; action de l'eau de Contrexéville chez les — XXV, 113.
Calomel. *Voy.* mercure.
Calorique. Détermination du — de combustion des substances alimentaires, XXVI, 425.
Camphre. Pharmacologie du groupe — XXV, 465.
Cancer. De la greffe — secondaire, XXV, 734 ; — et infection — XXV, 55; du — vert, XXVI, 456; rapports de l'urée avec le — XXV, 436, XXVI, 37 ; rapports de la tuberculose et du — XXVI, 138 ; du — développé sur le lupus, XXVI, 204; extirpation du larynx pour le — XXV, 338, 339 ; — des glandes sudoripares, XXVI, 456 ; colloïde du sein, XXVI, 294 ; extension du — du sein, à la suite de l'érysipele, XXVI, 292; gastrostomie pour — de l'œsophage, XXVI, 229; un symptôme gastroscopique du — de l'estomac, XXVI, 229; gastrostomie et gastro-entérostomie pour le — de l'estomac, XXVI, 229; diagnostic et traitement du

— de l'estomac, XXVI, 94; — de l'estomac chez un enfant, XXV, 670; — primitif des voies biliaires, XXVI, 119; — primitif de la vésicule biliaire, XXVI 119; — primitif du foie, XXVI, 119; méthodes de traitement du — du rectum, XXVI, 274; du — primitif de la vessie, XXVI, 281; poids du cœur dans quelques lésions rénales consécutives au — utérin, XXVI, 548; du — de l'utérus gravide, XXVI, 180; ablation d'un — du col pendant la grossesse, XXV, 639; extirpation de l'utérus — XXV, 639; XXVI, 171, 619; résultats statistiques du traitement chirurgical du — utérin, XXV, 639. — R. B., XXV, 370; XXVI, 360, 762. *Voy.* divers organes.

Cantharide. Altérations du système vasculaire et des viscères déterminées par la — XXV, 475; empoisonnement par la — par un vésicatoire, XXV, 475.

Capillaire. Production de la chorée par embolie — XXVI, 494.

Capsules surrénales. Des — accessoires chez l'homme, XXVI, 2; physiologie pathologique des — XXV, 462; développement des tumeurs rénales aux dépens du tissu des — XXV, 63; anatomie pathologique des tumeurs des — XXV, 62. — *Voy.* rein.

Carbone. Excrétion du sucre par les urines chez l'homme sain à la suite de l'ingestion de substances hydro — XXVI, 27; paralysies dans l'asphyxie par l'oxyde de — XXV, 110; pseudotabes dû à l'intoxication par le sulfure de — XXVI, 61.

Carbonique (Acide). Dosage de l' — de l'air, XXV, 141; puissance inhibitrice et convulsive de l' — XXV, 454; rôle de l' — dans l'asphyxie, XXV, 454, 455.

Carie. Influence du côté sur la répartition de la — dentaire, XXVI, 473.

Carpe. Morphologie du — chez les mammifères, XXV, 407.

Cartilage. Résultats de la transplantation des — XXV, 89. — R. B., XXVI, 360.

Cascara. Action et emploi de la — sagrada, XXVI, 57.

Caséine. Variétés de — du lait XXV, 46; détermination de la — du lait de vache et de sa précipitation par l'acide sulfurique, XXVI, 32.

Castration. *Voy.* ovaire, testicule.

Cataracte. Troubles généraux consécutifs à l'usage des lunettes à — XXV, 743; l'extraction simple de la — XXVI, 305; observation de — diabétique, XXVI, 304; de l'hémorragie consécutive à l'extraction de la — XXV, 315; panophtalmite tardive après une opération de — XXV, 743; antisepsie dans les opérations de — XXVI, 304; emploi de l'iodoforme après l'opération de la — XXV, 315. *Voy.* cristallin.

Catarrhe. Traitement du — nasal par les eaux du Mont-Dore, XXV, 114.

Caustique. L'acide lactique comme — XXVI, 525.

Cautère, cautérisation. Traitement des granulations conjonctivales par le thermo — XXV, 314; de la — de la cornée, XXV, 317; de la — ponctuée dans les cas d'hypertrophie du col, XXV, 226; des trachéotomies pratiquées au thermo — XXV, 334.

Cellule. De l'unité organique, XXV, 7; étude de la division nucléaire dans les — dentelées, XXVI, 9; des noyaux des — de la moelle des os, XXV, 11; division des noyaux et des — dans l'hyperplasie des ganglions lymphatiques et de la rate, XXV, 11; de la division des — de la moelle et des globules blancs, XXVI, 462; principe constituant du noyau — analogue à la peptone, XXV, 434; de la digestion intra — XXV, 69; des phagocytes, XXV, 69; formation des — géantes dans les tissus épithéliaux XXV, 50.

Céphalorachidien (liquide). Plaies du rachis avec écoulement de — XXV, 700. *Voy.* cerveau.

Céphalotripsie. Du crânioclaste et de la pince à os, XXV, 249; le basiotribe Tarnier, XXVI, 181; relevé de 100 cas de — XXVI, 182. — R. B., XXVI, 360.

Cerveau. Corps calleux chez l'embryon, XXVI, 402; trajet des fibres optiques dans le — XXV, 519; de la division des circonvolutions frontales, XXVI, 1; histogenèse des hémisphères — XXVI, 401; étude historique des fonctions du — XXVI, 414; trajet suivi par l'excitation depuis les hémisphères — jusqu'aux extrémités, XXVI, 415; excitabilité électrique du — XXVI, 10; différences que présentent les diverses régions de l'écorce sous le rapport de leur excitabilité, XXVI, 11; des localisations motrices dans l'écorce du — XXV, 518; raison de l'impuissance des excitants mécaniques à mettre en jeu les régions excito-motrices du — proprement dit, XXVI, 12; centre de coordination des mouvements du cœur, XXV, 418; localisations sensorielles dans l'écorce — XXV, 16; aire visuelle du — déterminée par l'étude de l'hémianopsie, XXV, 581; localisation des centres de l'équilibre, XXV, 17; du centre moteur cortical du membre inférieur, XXV, 518; de l'excitabilité des circonvolutions — et de la période d'excitation latente du — XXV, 414; phénomènes qui se produisent dans le domaine de la vie organique pendant les attaques d'épilepsie provoquée, XXVI, 11; l'action convulsivante de l'acide santonique s'exerce-t-elle exclusivement sur l'encéphale, XXV, 97; méthode de coloration du — XXVI, 412; obs. de localisations — XXV, 518, 519, 529; diagnostic des complications — des maladies de l'oreille par l'ophtalmoscope, XXV, 342; paralysie labio-glosso-laryngée d'origine — XXV, 518; lésions opto-striées sans hémiplégie, XXV, 518; épilepsie jacksonienne dans un cas de lésion sous-corticale, XXV, 519; relation des monoplégies des membres inférieurs avec les lésions du lobule paracentral, XXV, 518; affection *sine materia* simulant la dégénérescence grise — spinale, XXV, 185; ataxie compliquée d'af-

fection — XXV, 553; lésions — dans les cas d'hémiplégie spasmodique infantile, XXVI, 628; des scléroses — primitives de l'enfance, XXVI, 627; de la polyencéphalite aiguë, XXV, 657; paralysie cérébrale infantile, XXV, 657; accidents cérébraux d'origine palustre, XXVI, 534; variétés des circonvolutions — chez les aliénés, XXV, 686, 687; sclérose du — chez les aliénés, XXV, 687; — d'aliéné criminel, XXV, 518; cirrhose atrophique granuleuse disséminée des circonvolutions — XXV, 687; accumulation d'air dans les ventricules d'un — XXVI, 469; dégénérescence descendante consécutive à la porencéphalie, XXV, 57; formation de substance osseuse de concrétion dans le — XXV, 58; distribution topographique des dégénérescences secondaires consécutives aux lésions des hémisphères — XXV, 455; dégénérescence secondaire du —, suite de ramollissement, XXV, 519; — d'un épileptique ayant eu un arrêt de développement du bras et de la jambe, XXV, 518; observation d'anencéphalie, XXV, 440; un cas d'asymétrie du — XXV, 519; spasme chronique des muscles de l'abdomen dû à une tumeur du — XXV, 529; observations de tumeurs situées au voisinage du 3e et du 4e ventricules, XXV, 529; observation de tumeurs du — XXV, 529; gliome du corps optique et des tubercules quadrijumeaux, XXV, 529; gliome de l'hémisphère droit, XXV, 529; syphilis — XXV, 678; de la pression — et pathologie de la compression, — XXV, 13; destruction du lobe occipital accompagnée de cécité, XXV, 518; fractures du crâne avec perte de substance — XXV, 694; hémiplégie et surdité consécutives à une plaie du — XXV, 518; trépanation et drainage dans les abcès du — XXV, 695; de la galvanisation — dans la chorée, XXV, 138. — R. B., XXV, 370, 760; XXVI, 360, 762.

Cervelet. Physiologie du — XXV, 18. — R. B., XXV, 371, 761; XXVI, 361, 763.

Césarienne (opération). Des nouvelles méthodes d' — et de l'opération de Porro, XXVI, 183; traitement intrapéritonéal du pédicule dans l'opération de Porro, XXVI, 183; observation d'opération de Porro, XXVI, 184; — avec hystérectomie, XXVI, 184; des sutures utérines dans l' — XXV, 250; — chez des naines, XXVI, 186. — R. B., XXV, 371, 761; XXVI, 361, 763.

Chalazion. Anatomie pathologique du — XXV, 740.

Chaleur. Action de la — sur la virulence des liquides septiques et sur les organismes inférieurs, XXV, 65; influence de la — sur la respiration, XXV, 455; dyspnée — XXV, 455; influence de la cocaïne et du chloroforme sur la production de la — XXV, 476; influence du système nerveux sur la calorification, XXVI, 22; lésions du cœur par coups de — XXV, 754.

Champignons. Les — comestibles et vénéneux de la région de Montpellier et des Cévennes, XXV, 159; principe toxique de la morille comestible, XXVI, 503; de l'acide helvellique, XXVI, 503; — toxique de la morue sèche, XXV, 501.

Chancre. Résultats d'auto-inoculations de — indurés, XXVI, 209; — syphilitique hypertrophique, XXV, 682; de l'excision du — syphilitique, XXVI, 214; — mou de l'amygdale, XXVI, 214; traitement abortif du — mou, XXV, 685; sur la virulence du bubon — XXV, 684; traitement des bubons, XXV, 684. — R. B., XXV, 371, 761; XXVI, 361. *Voy.* syphilis.

Chandoo. Effets physiologiques du — XXVI, 57.

Chanvre. Symptômes toxiques produits par le — indien, XXVI, 504.

Charbon Du passage de fines particules de — des organes de la respiration dans le torrent circulatoire, XXV, 93; production expérimentale du contage du — XXV, 73; la transformation des bactéries du — en bactéries inoffensives, XXV, 73; transmission du — de la mère au fœtus, XXV, 65, 73; transmission du — par les voies digestives, XXV, 73; passage des bactéries dans le lait des animaux atteints de — XXV, 73; immunité contre le — XXV, 73; atténuation du virus — XXV, 73; durée de l'immunité à la suite d'une première atteinte de — XXV, 78. — R. B. XXV, 371, 761, XXVI, 362, 763;

Chaussure. — du soldat allemand, XXV, 754.

Chaux. Inconvénients de la présence de — dans les sucres, XXV, 499; excrétion de sels — par l'urine dans la phtisie, XXVI, 138.

Cheval. Syphilis du — XXV, 683.

Cheveu. Du pigment du — XXV, 410. — R. B., XXV, 761.

Chimie. R. B., XXVI, 362.

Chinoline. Action thérapeutique des bases dérivées de la — XXVI, 515. *Voy.* thérapeutique.

Chloral. Transformation du — XXV, 100.

Chlorate. Action du — de potasse sur les globules du sang, XXVI, 495; empoisonnement par le — de potasse, XXVI, 63.

Chlore. Dosage du — dans l'urine, XXVI, 36; produits — de décomposition de l'acide urochloralique, XXV, 38.

Chloroforme. Procédé de conservation du — XXV, 472; influence du — sur la production de chaleur, XXV, 476; purpura à la suite d'inhalation du — XXV, 255; accidents déterminés par une injection de — sous-muqueuse, XXVI, 63; traitement du tænia par le — XXV, 138. *Voy.* anesthésie.

Chlorome. Etude du — XXVI, 456.

Chlorose. Origine de la — XXVI, 541; richesse du sang en hémoglobine dans la — après introduction de sang et d'hémoglobine, XXVI, 699.

Chlorure. Influence du — de sodium sur l'acidité du suc gastrique, XXVI, 26;

transfusion de solution de — de sodium, XXV, 285.
Chocolat. Falsification du — XXV, 499.
Cholécystotomie. De la — ses indications, XXVI, 236; indications et procédé opératoire de la — XXVI, 235, 236; obs. de — pour calculs biliaires, XXVI, 235, 236. *Voy.* biliaire.
Choléra. Incubation des œufs d'une poule atteinte du — des poules, XXV, 82; du bacille du — XXV, 582, 583; le bacille du — nostras, XXV, 582; la vitalité du microbe du — XXV, 583; culture et inoculation du microbe du — XXV, 583; effets de l'ingestion stomacale du liquide diarrhéique du — XXV, 583; recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur le — XXV, 583; réaction du sang des — XXVI, 33; présence de sels biliaires dans le sang des — et existence d'un alcaloïde toxique dans les déjections, XXV, 583; de la propagation du — XXV, 595; contagion et non-contagiosité du — XXV, 595; contagion et prophylaxie du — XXV, 582, 583, 594, 595; le — dans les hôpitaux de Paris, XXV, 595; histoire de l'épidémie de — en Egypte, XXV, 595; du réflexe tendineux dans le — XXV; 595; mesures d'hygiène et de prophylaxie à prendre contre le — XXV, 595; traitement du — XXV, 486; procédés de dilution du sang des — XXV, 486; injections intra-veineuses dans le — XXV, 486; des bains chauds dans le — XXV, 486; traitement du — par le tanin, XXV, 486; teinture d'iode dans le traitement du — XXVI, 78; traitement du — par l'ethiops minéral, XXV, 486; traitement du — par les iodures et le sulfure de mercure, XXV, 486. — R. B., XXV, 371, 761; XXVI, 362, 763.
Choline. Présence de la — dans le houblon, XXVI, 456.
Chorée. Production expérimentale de la — par embolie capillaire, XXVI, 494; — produite par les ascarides, XXV, 608; la — des adultes, XXV, 694; obs. insolites de — XXV, 201; deux cas de mouvement — avec hérédité marquée, XXV, 194; — præ et posthémiplégique, XXV, 518; de la galvanisation cérébrale dans la — XXV, 138; cocaïne contre la — du larynx, XXVI, 746; — R. B., XXV, 372, 762; XXVI, 363, 764.
Choroïde. Ossification de la — XXVI, 306. — R. B., XXVI, 764.
Chrysophanique (Acide). De l' — dans les maladies de la peau, XXV, 260.
Chyle. Sur les savons comme partie constituante du plasma du — XXV, 434; épanchement — du péritoine, XXVI, 158.
Cicatrice. — de la rupture circulaire des tuniques des artères après la ligature, XXVI, 41, 42. — R. B., XXV, 762; XXVI, 363.
Ciguë. Etude de la — XXVI, 54; influence de la conine sur les contractions vaginales, XXVI, 51. *Voy.* pharmacologie.
Ciliaire (corps). Tuberculose du — XXV, 742; arrachement du nerf nasal externe dans les douleurs — XXV, 742. *Voy.* œil.
Cimetière. — R. B., XXVI, 764.
Cimicifuga. Influence de la — racemosa sur le travail d'accouchement, XXVI, 180.
Cinchonamine. Action du sulfate de — sur la circulation et les sécrétions, XXVI, 56.
Circulation. Vitesse de la — sanguine, XXVI, 418; — chez le fœtus, XXV, 22; — coronaire du cœur, XXV, 20; — veineuse du pied, XXVI, 4; de la — utérine et des troubles apportés par les déplacements utérins, XXVI, 626; du passage de fines particules de charbon des organes de la respiration dans le torrent — XXV, 93; action du sulfate de cinchonamine sur la — XXVI, 56. — R. B., XXV, 372.
Cirrhose. — atrophique granuleuse des circonvolutions cérébrales, XXV, 687; — paludo — alcoolique, XXVI, 534; — dans le diabète, XXV, 202; du rôle du système veineux sushépatique dans la topographie de la — du foie, XXVI, 105; — avec adénome généralisé du foie, XXVI, 106; — du foie simulant une atrophie aiguë, XXVI, 115; — avec atrophie du foie, XXVI, 106; — du foie et tuberculose du péritoine, XXVI, 115; abcès biliaires dans la — sans cholétithiase, XXVI, 115; de la — graisseuse du foie, XXVI, 106; de la — hypertrophique du foie, XXVI, 106; — d'origine cardiaque, XXVI, 106. *Voy.* foie.
Climat. Du traitement des maladies tropicales dans les — tempérés, XXVI, 529. — R B., XXVI, 363.
Clitoris. Crises — au début de l'ataxie, XXV, 553. *Voy.* génitaux, vulve.
Coagulation. De la — sanguine, XXVI, 19. 419, 420; extrait de sangsue pour prévenir la — du sang dans la transfusion, XXVI, 494.
Cobalt. Action des préparations de — XXVI, 58.
Coca, cocaïne. Action de la — et de ses sels, XXV, 116, 120, 123, 476, 485; XXVI, 69, 518; de la — en injections hypodermiques, XXV, 476; effets des injections sous-cutanées de — XXVI, 68; influence de la — sur la production de chaleur, XXV, 476; action de la — sur la fermentation alcoolique et la germination, XXV, 476; action de la — sur la peau, XXV, 476; de la — dans la névralgie du trijumeau, XXV, 480; emploi de la — dans les affections du pharynx et du larynx, XXV, 123; — pour les ablations de papillomes du larynx, XXVI, 518; — contre la chorée du larynx, XXVI, 746; de la — dans la laryngite tuberculeuse, XXV, 480; la — comme anesthésique local pour le nez, XXV, 123; de la — dans les affections du nez, XXV, 480; la — dans les maladies du nez et de la gorge, XXVI, 69; emploi de la — dans les angines, XXV, 480; anesthésie par la — dans l'amygdalotomie, XXVI, 518; emploi de la — dans la déglutition douloureuse, XXVI, 518; de la — contre la dysphagie, XXV, 480 de la — dans la dyspepsie,

XXV, 485; traitement de la diphtérie par la — XXVI, 66; action de la — sur l'œil et dans les opérations oculaires, XXVI, 116. 120, 123, 480, 485; — combinée à l'atropine dans le traitement des maladies oculaires, XXVI, 69; énucléation de l'œil avec la — XXV, 480; la — dans la pratique ophtalmologique, XXVI, 68, 69; la — dans les maladies de la peau, XXVI, 69; — comme anesthésique pour les petites opérations, XXVI, 68, 69; emploi de la — dans les brûlures, XXV, 476; de la — contre les gerçures du mamelon, XXV, 481; — dans la dysménorrhée, XXV, 481; action anesthésiante de la — sur les organes génitaux, XXV, 123; — contre le vaginisme, XXV, 481; — contre les vomissements incoercibles de la grossesse, XXV, 481; analgésie obtenue par la — pendant le travail de l'accouchement, XXV, 481; la — dans les maladies des voies urinaires, XXVI, 69; — comme anesthésique dans la chirurgie de l'urètre, XXV, 481, 485; emploi de la — pour pratiquer la lithotritie, XXVI, 289; effets de la — dans la blennorragie, XXV, 485; emploi de la la — contre la fissure anale, XXVI, 69. — R. B., XXV, 762; XXVI, 363, 764.

Cœur. Développement du — XXVI, 404; structure des valvules semi-lunaires, XXV, 2; la ligne du — XXVI, 548; circulation coronaire du — XXV, 20; innervation du — XXVI, 15; centre de coordination des mouvements du — XXV, 418; le centre de coordination des mouvements du ventricule, XXVI, 13; physiologie de la pointe du — XXVI, 14; fonctionnement du — de l'embryon, XXVI, 412; rôle des oreillettes, XXVI, 418; sur l'accélération volontaire des pulsations — XXV, 418; action de l'atropine sur la contractilité — XXV, 99; malformation du — XXV, 440; transposition des troncs artériels issus du — XXV, 440; de la dégénérescence calcaire du — XXVI, 567; poids du — dans quelques cas de lésions rénales consécutives au cancer utérin, XXVI, 548; état du — à la fin de la grossesse, XXV, 647; de l'hypertrophie — résultant de la croissance, XXVI, 548; traité des maladies du — XXVI, 548; conditions d'apparition et valeur diagnostique du collapsus veineux diastolique, XXVI, 543; anévrisme de l'artère pulmonaire, XXVI, 554; rétrécissement de l'artère pulmonaire, XXVI, 554; entérite ulcéreuse ayant amené une insuffisance tricuspidienne, XXVI, 553; un cas de rétrécissement tricuspidien avec lésions valvulaires complexes du — XXVI, 553; du bruit de gémissement, XXVI, 548; variabilité des signes d'auscultation du rétrécissement mitral, XXVI, 548; lésions du — par coups de chaleur à bord des cuirassés, XXV, 754; de la sclérose des artères coronaires, XXVI, 558; angine de poitrine caractérisée par le rétrécissement des artères coronaires, XXVI, 558; étude de la surcharge graisseuse du — dans l'obésité, XXVI, 558; affections — de la ménopause, XXVI, 548; des manifestations — dans le cours de la maladie de Bright, XXVI, 548; irrégularités du rythme — dans un cas de lithiase biliaire, XXVI, 99; cirrhose du système sus-hépatique d'origine — XXVI, 106; traitement des myocardites chroniques par la digitale, XXVI, 517; rupture du — XXVI, 558; rupture traumatique du septum ventriculaire, XXVI, 558; plaie du — XXVI, 558, 694; plaie du — par arme à feu, XXVI, 604; traitement des plaies du — XXVI, 228; du tamponnement du — XXVI, 228. — R. B., XYV, 367, 763; XXVI, 364, 765.

Colchique, icine. Matière grasse de la — XXV, 46; action de la — XXV, 472.

Coloboma. — temporal de la papille, XXVI, 734.

Colotomie. *Voy.* anus.

Compression. Pathologie de la — du cerveau, XXV, 13.

Conjonctif (tissu). Etat du — vivant XXV, 405; microorganismes de l'inflammation suppurative du — XXVI, 486.

Conjonctive. Structure des corpuscules nerveux terminaux de la — XXVI, 406; rapports du pemphigus — avec la rétraction de la cornée, XXV, 741; traitement de l'ophtalmie granuleuse par l'excision du cul-de-sac — XXV, 312; traitement des granulations — par le sublimé et le thermo cautère, XXV, 314; lymphadénite — XXV, 741; sarcome mélanique de la — XXV, 314; des tumeurs mélaniques de la — XXV, 740, — R. B., XXV, 372, 764; XXVI, 365; 766.

Conjonctivite. — d'origine sympathique, XXVI, 303; traitement de la — diphtéritique, XXVI, 720.

Conserves. Danger de l'étain des boîtes de — XXV, 146, 147, 499; empoisonnement par les — XXV, 499, 501.

Contagion. La — de la scarlatine, XXVI, 599.

Contraction. De la — paradoxale, XXV, 185.

Contracture. Parésie et — des extrémités sous l'influence de l'imagination, XXV, 195; — du splénius, XXV, 173.

Contusion. De la pneumonie par — XXV, 161.

Convallaria, convallamarine. Action du — maialis, XXVI, 55, 519; action de la — XXV, 99, 473.

Coqueluche. Microorganisme de la — XXV, 662. — R. B., XXV, 764. XXVI, 365, 766.

Cordon ombilical. De l'insertion vélamenteuse du — XXV, 649. — R. B., XXV, 764.

Cordon spermatique. Structure du — aux divers âges, XXV, 411; des inflammations blennorragiques du canal déférent, XXVI, 218. *Voy.* testicule.

Cornée. Bactéries dans l'ulcère de la — XXVI, 303; rapports du pemphigus

conjonctival avec la rétraction de la — XXV, 741; traitement de l'ulcère de la — XXV, 739; traitement de l'ulcère serpigineux de la — par le raclage et l'iodoforme, XXV, 311 ; de la cautérisation de la — XXV, 317; iridectomie dans les abcès — XXV, 739; kystes dermoïdes de la — XXVI, 725. — R.B., XXV, 754; XXVI, 366, 766. *Voy.* kératite.

Cornéine. De la — XXV, 435.

Corps étranger. — du nez, XXVI, 344; larves de mouches dans le pharynx, XXVI, 309; oblitération de la trachée par un ganglion caséeux, XXVI, 745; — des bronches, XXV, 335, 336; extraction d'un tube à drainage tombé dans la plèvre, XXV, 714; — de l'œsophage avec paralysie des cordes vocales, XXV, 337; gastrostomie pour retirer un fragment d'épée, XXV, 305; gastrostomie et œsophagotomie pour — XXVI, 229; variété de — du genou, XXV, 452. — R. B., XXV, 373, 764; XXVI, 365, 766.

Coryza. Du — vasomoteur périodique, XXV, 328; — vasomoteur périodique chez le nègre, XXVI, 312; traitement du — chronique par les eaux minérales, XXV, 114. *Voy.* nez.

Côtes. La résection des — dans l'empyème chronique, XXV, 714, 722.

Coton. Du pansement ouaté, XXVI, 220; du pansement au — de bois, XXVI, 220.

Cou. Extirpation des ganglions du — XXV, 713; XXVI, 710, 711, 712; kyste du — communiquant avec la jugulaire, XXV, 712.

Couleurs. Influence de l'adaptation rétinienne sur l'intensité lumineuse des — spectrales, XXVI, 24; mesure de l'intensité des sensations — XXVI, 24; de la perception différentielle des — XXV, 736; influence des différents rayons — sur le développement et la croissance des mammifères, XXV, 720; la vision des — au point de vue médico-légal, XXVI, 671. — R. B., XXVI, 766.

Couveuse. — pour enfants, XXV, 245; XXVI, 172.

Cowpérite. De la — XXVI, 290, 291; épithélioma de la glande de — XXVI, 466. *Voy.* urètre.

Crampe. — des scieurs, XXV, 173,

Crâne. Du sillon suprafrontal, XXVI, 7; troisième condyle occipital, XXVI, 7; deux cas d'amaurose accompagnés de déformations—XXV, 745; otite suivie de paralysie des nerfs — XXVI, 319; blessures du — XXVI, 663; fractures du — produites par le forceps, XXV, 655; fractures du — par coups de feu, XXV, 694, 695; fractures du — avec perte de substance cérébrale, XXV, 694; atrophie partielle des os du — à la suite d'une blessure, XXV, 695; fracture du — avec rupture de l'artère méningée, XXV, 695; trépanation dans l'épilepsie, suite de plaies du — XXVI, 712; trépanation dans les fractures du — XXV, 694, 695 — R. B., XXV, 373, 764; XXVI, 365, 766.

Crânioclaste. Du — et de la pince à os, XXV, 249.

Crâniotomie. *Voy.* céphalotripsie.

Créosote. Traitement des brûlures par l'eau — XXVI, 79; applications de — dans le lupus, XXV, 258.

Crétinisme. R. B., XXV, 764.

Criminalité. — en France de 1826 à 1880, XXVI, 657; — dans les Landes, de 1830 à 1880, XXVI, 657; — chez les Arabes, XXVI, 657; cerveau d'aliéné — XXV, 518. — R. B., XXVI, 767.

Cristallin. R. B., XXV, 373, 764; XXVI, 365, 767. *Voy.* cataracte.

Croissance. Influence des divers rayons colorés sur la — des mammifères, XXV, 20; de l'hypertrophie cardiaque résultant de la — XXVI, 548.

Cuivre. Emploi du sulfate de — dans les accouchements, XXV, 656.

Cysticerque. — du corps vitré, XXV, 606; — du tissu sous rétinien, XXV, 606; — du sein, XXV, 606. — R. B., XXVI, 767.

Cystine. De la — et de la cystéine, XXV, 42; l'urine contient-elle de la — XXVI, 446.

Cystite. De la — pseudo-membraneuse, XXVI, 283; des — blennorragiques, XXV, 271; traitement des — graves par la taille, XXVI, 283. *Voy.* vessie.

Cystocèle. — à travers l'urètre, XXVI, 286.

D

Daltonisme. Le — au point de vue médico-légal, XXVI, 671. — R. B., XXV, 373, 765; XXVI, 366, 767.

Déglutition. Auscultation des bruits œsophagiens pendant la — XXVI, 126; emploi de la cocaïne dans la — douloureuse, XXVI, 518. — R. B., XXV, 373.

Délivrance. La période de — au point de vue physiologique et pathologique, XXV, 246. *Voy.* accouchement, placenta.

Dent. Formation et évolution des — des mammifères, XXV, 402; — surnuméraire implantée dans le nez, XXV, 331; influence du côté sur la répartition de la carie des — XXVI, 473; fistule lacrymale d'origine — XXV, 737. — R. B., XXV, 373, 765; XXVI, 366, 767.

Dermatite. — exfoliatrice, XXVI, 642. *Voy.* érythème, peau.

Dermatoses. — chez les diabétiques, XXV, 202.

Désinfection. Procédé de — par la vapeur de brome, XXV, 65; — de l'intestin par la naphtaline, XXVI, 520. — R. B., XXV, 373; XXVI, 366, 767.

Diabète. Pathogénie et accidents du — XXV, 202; — artificiel, XXV, 212; le — n'est qu'un mode de dégénérescence hydrocarburée des tissus, XXV 217; forme héréditaire du — insi-

pide, XXV, 203; détermination quantitative du sucre de — par le polarimètre, XXV, 437; inosurie succédant au — XXV, 212; pronostic de la glycosurie, XXV, 202; — d'un nouvel acide lévogyre, XXV, 202; acide oxybutyrique dans les urines des — XXV, 202; valeur diagnostique de la réaction de l'urine par l'acide binitrobenzol sulfurique, XXV, 202; acide hydroxybutyrique de l'urine — XXVI, 35; lévulose dans une urine — XXVI, 34; du coma — XXV, 212; l'acétonémie et le coma — XXV, 212; paludisme et — XXV, 202; — suite de luxation du rachis, XXV, 202; influence du — sur les fonctions sexuelles, XXV, 203; hémiplégies dans le — XXV, 202; des névralgies — XXV, 202; perte des réflexes tendineux dans le — XXV, 202; de la cataracte — XXVI, 304; affections cutanées dans le — XXV, 202; altérations des organes dans le — XXV, 202; altérations des artères dans le — XXV, 202; cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le — XXV, 202; lésions du pancréas dans le — XXV, 203; le rein dans ses rapports avec le XXVI, 571; de la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les — XXV, 203; — sucré et insipide chez l'enfant, XXVI, 632; — insipide chez l'enfant, XXV, 672; pepsine et peptones dans le traitement du — XXV, 212; XXVI, 77; traitement du — par la noix vomique, XXV, 213; traitement du — par le bromure de potassium, XXV, 213; action de l'iodoforme dans le — XXV, 212; transfusion du sang dans le — XXV, 285; traitement du — à Contrexéville, XXV, 113. — R. B., XXV, 373, 765; XXVI, 366, 767.

Diaphragme. Physiologie des nerfs — XXV, 19.

Diarrhée. — graisseuse chez les enfants, XXV, 670; traitement de la — par la résorcine et l'acide salicylique, XXV, 493.

Diastase. Identité de la — chez les êtres vivants, XXVI, 441.

Diathèse. De la — néoplasique, XXVI, 456.

Diazoïque. Réaction — benzoïque dans la tuberculose, XXVI, 447.

Diazobenzolsulfurique (acide). Réaction de l'urine en présence de l' — XXV, 438; réaction de l'aldéhyde, de la peptone, de l'acétone avec le — XXV, 33; valeur diagnostique de la réaction de l'urine par l' — XXV, 202.

Digestion. Sur la — intracellulaire, XXV, 69; — stomacale, XXVI 426, 428; formation de l'urée pendant la — des aliments azotés, XXV, 426. — R. B., XXV, 374, 765; XXVI, 366, 768.

Digitale, digitaline. Effets de la — amorphe, XXV, 98; les succédanés de la — XXVI, 55; traitement des myocardites chroniques par la — XXVI, 517.

Diphtérie. Nature et causes de la — XXVI, 144, 580; étiologie de la — XXVI, 580; modes de contagion de la — XXVI, 144; de l'inoculabilité de la — XXVI, 144; la — peut-elle être communiquée par une morsure, XXVI, 144; période d'incubation de la — XXVI, 144; du microbe de la — XXVI, 580; épidémiologie de la — XXVI, 580; la — en Alsace-Lorraine, XXVI, 580; épidémie de — transmise des gallinacés à l'homme, XXVI, 144; essai de production de — expérimentale, XXVI, 149, leçons sur la — XXVI, 144; des membranes du croup et de la — XXVI, 580, 587; coexistence de la — et de la fièvre typhoïde, XXVI, 144; un cas de sclérose en plaques consécutive à la — XXVI, 144; paralysies consécutives à la — XXVI, 145, 580; examen de la moelle dans la paralysie, — XXVI, 153; ophtalmoplégie double externe à la suite de la — XXVI, 580; troubles de la vue consécutifs à la — XXVI, 145; du réflexe du genou dans la — XXVI, 145; affections du rein dans la — XXVI, 145; néphrite — XXVI, 145; albuminurie — XXVI, 145, 585; bronchopneumonie dans la — XXVI, 580; traitement de la — XXVI, 585, 586; traitement de la conjonctivite — XXVI, 724; traitement de la — par l'essence de térébenthine, XXVI, 529; traitement de la — par les fumigations de vapeurs de goudron et de térébenthine, XXVI, 65; traitement de la — par les fumigations d'eucalyptus, XXVI, 66; traitement de la — par la résorcine, XXVI, 66; traitement de la — par la cocaïne, XXVI, 66; la trypsine comme dissolvant des membranes — XXVI, 66; traitement du croup par le brome, XXVI, 66; traitement de la — par les sels de mercure, XXVI, 66. — R. B., XXV, 374, 765; XXVI, 366, 768. *Voy*. trachéotomie

Distome. Du — Ringerii comme cause de l'hémoptysie endémique, XXV, 603.

Doigt. Difformités des — à la main et au pied, XXVI, 475; — orteil à marteau, XXVI, 295; du — à ressort, XXV, 704; anévrisme cricoïde des — XXV, 706; luxation de la deuxième phalange du pouce, XXV, 704; la sensation du — mort dans le mal de Bright, XXVI, 571; inoculation de la tuberculose par le — XXVI, 477. *Voy*. Main.

Douche. Action comparée des bains et des — dans l'impaludisme, XXV, 114.

Dourine. De la — XXV, 683.

Douve. Variétés de douve endémique, pulmonaire, XXV, 601; de la — hépatique, XXV, 601.

Drainage. — des abcès du cerveau, XXV, 695; — des cavités purulentes et gangrenées dans le poumon, XXV, 296, 300; — du poumon pour une bronchectasie, XXV, 296.

Duodénum. Mouvement du — XXVI, 427; ulcère perforant du — XXVI, 94; opération de duodénostomie, XXVI, 229.

Dysenterie. — parasitaire, XXV, 601; des abcès — du foie, XXVI, 105; des lavements phéniqués dans la — XXVI, 79; colotomie et cœcotomie pour le

traitement des ulcérations — du gros intestin, XXVI, 263. — R. B., XXV, 766; XXVI, 367.
Dysménorrhée. — membraneuse guérie par la faradisation, XXV, 222; cocaïne dans la — XXV, 481; ovariotomie dans un cas de — XXV, 630. *Voy.* menstruation.
Dysphagie. De la cocaïne dans la — XXV, 480.
Dyspepsie. Forme de — nerveuse, XXVI, 83; réflexe douloureux du nerf cubital dans certaines — gastro-intestinales, XXVI, 83; — tenant à une auto-infection, XXVI, 83; de la cocaïne dans la — XXV, 485; traitement de la — par les peptogènes, XXVI, 77. *Voy.* estomac.
Dyspnée. — thermique, XXV, 455.
Dystocie. Des kystes du petit bassin au point de vue — XXV, 248. *Voy.* accouchement.

E

Eau. Protection des — potables, XXV, 139; le plomb et les — potables, XXV, 147; entérite chronique par l' — de puits, XXV, 142; influence du niveau des — souterraines sur les maladies épidémiques à Munich, XXV, 517; traitement des maladies nerveuses par l' — chaude, XXVI, 64. — R. B. XXV, 374, 766; XXVI, 367, 768.
Eaux minérales. Les — dans les affections chirurgicales, XXV, 112; traitement du catarrhe nasal et du coryza chronique par les — XXV, 114; action de l' — de Contrexéville chez les calculeux, XXV, 113; diabète et gravelle à Contrexéville, XXV, 113. — R. B., XXV, 374; 766; XXVI, 367, 768.
Éclampsie. De l'accumulation des sels de potasse dans le sérum pendant l'attaque d' —. XXVI, 571. — R. B., XXV, 374, 766; XXVI, 367.
Ectoderme. Participation directe de l' — à la formation du rudiment des reins, XXV, 3.
Ecthyma. Néphrites aiguës infectieuses dans l' — XXVI, 571.
Eczéma. — des fileurs et varouleurs de lin, XXVI, 195; traitement de l' — XXV, 258. — R. B., XXVI, 367, 768.
Élasticité. Influence sur l' — des parois vasculaires de l'augmentation de pression du sang, XXVI, 41.
Élastique. Distribution des fibres — dans les parois artérielles et veineuses, XXV, 403; spina bifida guéri par la ligature — XXVI, 228.
Électricité, électrolyse. Traités d' — médicale, XXVI, 508; propriété électromotrice de l'œuf de poule soumis à l'incubation, XXV, 425; excitabilité — du cerveau, XXVI, 10, 11; de l'excitabilité — des circonvolutions cérébrales, XXV, 414; sensation olfactive produite par l' — XXV, 421; action physiologique et thérapeutique de l' — statique sur le corps, XXV, 137; introduction des médicaments dans le corps par l' — XXV, 497; effets et emploi des bains — XXV, 495, 497; névrose — XXV, 195; de la galvanisation cérébrale dans la chorée, XXV, 138; traitement du rétrécissement de la trompe d'Eustache par l'électrolyse, XXVI, 323; — dans le traitement de la filaire, XXV, 609; traitement de l'occlusion intestinale par le courant — XXVI, 254; — en obstétrique et en gynécologie, XXVI, 175; action de l' — sur l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, XXVI, 175; provocation de l'avortement par l' — XXVI, 175; dysménorrhée membraneuse guérie par la faradisation, XXV, 222; de l'électrolyse pour les fibromes utérins, XXV, 633; ablation d'un fibrome utérin par l'anse galvanocaustique, XXV, 232, 238; traitement des tumeurs érectiles par l' — XXV, 710; réaction — des nerfs sensitifs de la peau chez les ataxiques, XXV, 565; traitement du tabes par l' — XXVI, 74; lésions trouvées à l'autopsie de victimes de courants — XXVI, 679; de l'atropine contre les effets des chocs — XXVI, 73. — R. B., XXV, 374, 766; XXVI, 367, 768.
Élongation. L' — des nerfs, XXVI, 680; l' — sanglante et non sanglante des nerfs, XXVI, 680; — du facial pour un tic, XXVI, 680; — du plexus brachial pour un tremblement épileptoïde, XXVI, 680; — du sciatique, XXVI, 681; — des nerfs intercostaux, XXVI, 681; — nerveuse dans le tabes, XXVI, 74; hématomyélie consécutive à l' — des nerfs, XXV, 566. *Voy.* nerf.
Élytrorraphie. — médiane contre le prolapsus utérin, XXV, 627.
Embolie. Oblitération de l'aorte abdominale par — XXVI, 563; — pulmonaire comme cause de mort rapide dans la phtisie, XXVI, 138; de l' — de l'artère centrale de la rétine, XXVI, 307; production de la chorée par — capillaire, XXVI, 494. — R. B., XXV, 766; XXVI, 769.
Embryologie, embryon. Formation des annexes fœtales, XXVI, 8; annexes des — d'oiseaux, XXV, 401; de la courbure de l' — XXV, 2; corps calleux chez l' — XXVI, 402; — de l'œil, XXVI, 405; fonctionnement du cœur de l' — XXVI, 412; développement du rein et du corps de Wolff, XXV, 3; participation directe de l'ectoderme à la formation du rudiment des reins, XXV, 3; rudiments du canal de Gärtner, XXV, 3; de l'inversion viscérale chez l' — du poulet, XXVI, 411; développement du squelette des extrémités, XXVI, 5; développement des protovertèbres chez l' — XXVI, 409; — R. B., XXV, 375, 766; XXVI, 769.
Emphysème. De l' — post mortem, XXVI, 653.
Empoisonnement. — chronique par le tabac, XXVI, 506; — par la naphtaline, XXVI, 506; recherche de la morphine dans l'urine des morphiomanes, XXV, 438; — cantharidien par un vésicatoire

XXV, 475; altérations du système vasculaire et des viscères dans l' — par la cantharide, XXV, 475; — par la santonine, XXV, 111; recherche de la strychnine dans les cas d' — XXVI, 39; — par le chanvre indien, XXVI, 504; — par le toluydène-diamine, XXV, 93; — par le sulfhydrate d'ammoniaque dégagé d'un mastic de fer, XXVI, 62; paralysie dans l' — par la vapeur de charbon, XXV, 110; pseudo-tabes dû à l' — par le sulfure de carbone, XXVI, 61; saignée suivie de transfusion dans l' — par la nitro-benzine, XXV, 110; — par le phosphore, XXV, 475; traitement de l' — par l'iodoforme, XXVI, 61; — saturnin produit par l'empaquetage de la braise chimique, XXVI, 505; — par le pétrole, XXVI, 504; — par l'acide phénique, XXVI, 505; présence de la substance formant l'acétone après l' — par l'acide sulfurique, XXV, 45; — par le chlorate de potasse, XXVI, 63; — par les conserves, XXV, 499, 501; — par les conserves de poisson, XXV, 501; — par les viandes gâtées, XXV, 501, 508, 509; effets de l'ingestion de pain moisi, XXV, 499; — par le ferment fibrineux dans un cas de kyste sanguin, XXV, 711; — R. B., XXV, 375, 766; XXVI, 368, 769.

Empyème. — pulsatil, XXV, 722; la thoracentèse dans l' — suivie d'injections d'air purifié, XXV, 714; de l'opération de l' — XXV, 714; la résection des côtes dans l' — chronique, XXV, 714, 722; résultats des opérations d' — XXV, 714. *Voy.* plèvre, résection.

Enchondrome. — R. B., XXV, 567; XXVI, 369.

Encéphale. *Voy.* cerveau.

Encéphalocèle. — occipitale, XXV, 658.

Endocardite. — aiguë secondaire, XXVI, 553; — infectieuse, XXVI, 548; micrococcus de l' — infectieuse, XXV, 88. *Voy.* cœur.

Enfant. Du bassin — XXV, 648; de la méningite tuberculeuse des — en bas-âge, XXV, 659; la poliencéphalite aiguë, XXV, 657; la paralysie cérébrale, XXV, 657; des scléroses encéphaliques primitives, XXVI, 627; double hémiplégie spasmodique, XXVI, 628; de la sclérose en plaques chez les — XXV, 659; cas de paralysie générale chez une — de 15 ans, XXV, 689; terreurs nocturnes chez les — XXV, 660; paralysies hystériques chez les — XXV, 660; des troubles psychiques dans l' — XXV, 661; hypertrophie unilatérale du corps, XXVI, 629; des simulations, XXVI, 630; anémie pernicieuse chez un — XXVI, 633; leucocythémie chez un — XXV, 671; purpura aigu chez un — XXVI, 631; purpura infectieux chez l' — XXV, 671; obs. de zona, XXVI, 631; xanthelasma chez une — de 2 mois, XXVI, 200; ulcérations cutanées gangréneuses, XXV, 672; béribéri observé à Paris chez un — XXV, 673; de la bronchite chronique chez les — XXV, 662; traitement de la pleurésie purulente chez l' — XXV, 663; syphilis du poumon chez l' — XXV, 262; diabète insipide chez l' — XXV, 672; du diabète sucré et insipide, XXVI, 632; ulcère perforant de l'œsophage chez un — XXVI, 634; dilatation de l'estomac chez les — XXVI, 83; cancer de l'estomac chez un — XXV, 670; la diarrhée graisseuse chez les — XXV, 670; atrophie jaune aiguë du foie, XXVI, 634; modifications de la température par les onctions grasses dans les maladies fébriles des — XXV, 676; alimentation par la sonde chez les jeunes — XXVI, 636; ligature de la carotide primitive pour un angiome de la région parotidienne, XXV, 301; incontinence d'urine chez les — XXV, 674; rétention d'urine chez un — de six mois, XXVI, 636; tuberculose du rein et de la vessie chez un — XXV, 673; hernie de l'ovaire, XXVI, 635; ovariotomie chez une — de 20 mois, XXVI, 635; laparotomie et ovariotomie chez l' — XXV, 675; opération de hernie inguinale étranglée, XXVI, 635; fractures du crâne produites chez l' — par le forceps, XXV, 655. — R. B., XXV, 375, 767; XXVI, 369, 769.

Enkatarraphie. De l' — XXVI, 493.

Entérectomie. De l' — XXVI, 255. *Voy.* hernie, intestin.

Entérite. — chronique par l'eau de puits, XXV, 142; — ulcérieuse ayant amené une insuffisance tricuspidienne, XXVI, 553; naphtaline contre l' — catarrhale, XXVI, 520. *Voy.* intestin.

Entérorraphie. *Voy.* intestin.

Entérostomie. Gastro — pour le cancer de l'estomac, XXVI, 229.

Épididyme. Liomyomes de l' — XXVI, 471.

Épididymite. Emploi de l'argile dans l' — blennorragique, XXV, 271.

Épilepsie. Recherches expérimentales et cliniques sur l' — XXV, 274; phénomènes qui se produisent dans le domaine de la vie organique pendant les attaques d' — XXVI, 11; modifications du poids du corps après les attaques d' — XXV, 277; les variations du diamètre pupillaire chez les — XXV, 693; des réflexes chez les — XXV, 278; arrêt de développement du bras et de la jambe chez un — état du cerveau, XXV, 518; relations des affections de l'oreille avec l' — XXV, 279; — produite par les oxyures, XXV, 608; — causée par un tænia, XXV, 603; — jacksonienne dans un cas de lésion sous-corticale, XXV, 519; ataxie avec crises — XXV, 552; forme de folie — XXV, 277; de l'apomorphine dans l'hystéro — XXV, 495; élongation des branches du plexus brachial pour un tremblement — traumatique, XXVI, 680; trépanation pour l' — traumatique, XXV, 695; XXVI, 712. — R. B., XXV, 375, 767; XXVI, 369, 770.

Épiphyse. *Voy.* os.

Episclérite. De l' — XXV, 310.

Epispadias. Traitement de l' — XXVI, 225. *Voy.* urètre.

Épistaxis. Origine et traitement de l' — XXVI, 737. *Voy.* hémorragie, nez.

Épithéliome. Formation des cellules géan.

tes dans les tissus — XXV, 50; — contagieux de la volaille, XXV, 451; influence des verrues sur le développement des — cutanés, XXVI, 457; — sudoripare, XXVI, 457; — dans une caverne pulmonaire, XXVI, 467; des — de la mamelle, XXVI, 457; résection du cœcum pour un — XXVI, 263. — R. B., XXVI, 770.

Épithélium. De l'inclusion — XXVI, 493. — R. B., XXV, 376.

Ergotine. *Voy.* Seigle.

Éruption.— vaccinale généralisée, XXV, 664; simultanéité de trois maladies — XXV, 664.

Érysipèle. Extension du cancer du sein à la suite de l' — XXVI, 292; la kairine dans l'— XXV, 132. — R. B., XXV, 376, 767; XXVI, 369, 770.

Érythème. Trois cas d' — à diagnostic douteux, XXVI, 194; dermatite — exfoliatrice, XXVI, 642; de l'— scarlatiniforme récidivant, XXVI, 641; de l' — dans les maladies infectieuses, XXV, 252, 253; de l'— polymorphe dans l'infection puerpérale, XXV, 253; — polymorphe consécutif à des angines, XXVI, 195; anatomie pathologique et nature des — et de l' — polymorphe en particulier, XXVI, 193; de l' — tricophytique, XXV, 259. — R. B., XXVI, 770.

Érythrasme. De l' — XXVI, 201.

Erythropie. De l' — par fatigue du nerf optique, XXVI, 306.

Estomac. Structure de la muqueuse de l' — XXV, 410; innervation du pylore, XXV, 29; XXVI, 25; mouvements de l'— du pylore et du duodénum, XXVI, 427; mouvements antipéristaltiques de l' — XXVI, 83; structure et fonctions des glandes de l' — XXVI, 413; de la digestion — XXVI, 426, 428; les sécrétions gastriques peuvent-elles détruire les éléments infectieux, XXVI, 43; résorption du sucre et de l'albumine dans l' — XXVI, 27; études des acides de l' — XXVI, 83; du contenu en pépsine du suc gastrique à l'état normal et pathologique, XXVI, 31; la pepsinogénie chez l'homme, XXVI, 26; influence du sel de cuisine sur l'acidité du suc gastrique, XXVI, 26; recherche des acides libres contenus dans l' — XXVI, 438; valeur des procédés pour reconnaître l'acidité du suc gastrique, XXVI, 439; étude du suc gastrique dans un cas de fistule — XXVI, 26; des névroses de l' — XXVI, 83; complexus symptomatique des dyspepsies tenant à une auto-infection, XXVI, 83; hypersécrétion morbide du suc gastrique, XXVI, 83; de la gastroxynsis nerveuse, XXVI, 83; observation de gastrite phlegmoneuse, XXVI, 94; abcès de l' — XXVI, 94; tétanie d'origine — XXVI, 83; tétanie due à la dilatation de l' — XXVI, 83; de la dilatation de l' — XXVI, 83; dilatation de l' — consécutive à la fièvre typhoïde, XXVI, 83; dilatation de l' — chez les enfants, XXVI, 83; anatomie pathologique de l'ulcère de l' — XXVI, 94; cancer de l' — chez un enfant, XXV, 670; un symptôme gastroscopique du cancer de l' — XXV, 229; diagnostic et traitement du cancer de l' — XXVI, 94; anévrismes miliaires de l' — XXVI, 94; pseudoleucémie avec perforation de l' — XXVI, 94; traitement des maladies de l' — XXVI, 523; traitement de l'ulcère simple de l' — XXVI, 77; traitement de l'occlusion intestinale par le lavage de l' — XXVI, 254; plaie de l' — suture, XXVI, 229; un cas de fistule — XXVI, 229; fistule — colique, XXVI, 263; résection du pylore, XXVI, 229; résection de l' — XXVI, 229; gastrostomie et gastro-entérostomie pour cancer de l' — XXVI, 229. — R. B., XXV, 376, 767; XXVI, 369, 770. *Voy.* gastrostomie.

Étain. L'— des aliments renfermés dans les boîtes de conserves, XXV, 146, 147, 499.

Éther. Influence de l' — sur les contractions vaginales, XXVI, 51; valeur des injections sous-cutanées d' — dans les hémorragies, XXV, 285; paralysie nerveuse à la suite d'une injection d' — XXVI, 681; du traitement des loupes par les injections d' — XXV, 733. *Voy.* anesthésie.

Éthiops. Traitement du choléra par l' — minéral, XXV, 486.

Étranglement. Causes de la mort dans l' — intestinal aigu et chronique, XXVI, 254; de l'albuminurie dans les hernies — XXVI, 247; traitement de la hernie ombilicale — XXVI, 247. *Voy.* hernie, occlusion.

Eucalyptus. Traitement de la diphtérie par les fumigations d' — XXVI, 66.

Euphorbia. Étude de l' — pilulifera, XXVI, 53.

Exanthèmes. — menstruels, XXVI, 160; — par l'arsenic, XXVI, 649; — par l'iodoforme, XXVI, 650. — R. B., XXV, 376, 768; XXVI, 370

Exostose — orbitaire, XVI, 715; des — de l'oreille, XXVI, 323; variété d' — de l'humérus, XXVI, 296. *Voy.* os.

Expectoration. De la transmissibilité de la tuberculose par l' — des phtisiques, XXVI, 477, 480; contagion de la tuberculose par les crachats des malades, XXVI, 125; des altérations pulmonaires provoquées par l'inhalation de — de phtisiques, XXVI, 480; variations de nombre des bacilles dans l' — des tuberculeux, XXVI, 132; examen de l' — dans la syphilis pulmonaire, XXVI, 210; — singulière dans une pneumonie franche, XXV, 161; étude des médicaments employés contre l' — catarrhale, XXV, 135.

Explosifs. Note sur les — d'invention moderne et sur les blessures qu'ils produisent, XXV, 752.

F

Face. — De la fissure médiane congénitale de la — XXV, 440; atrophie, — XXV, 582,

Falsifications. — des vins, XXV, 151; — de la bière, XXV, 151; le bordeaux verdissant, XXV, 499; — du pain, XXV, 499; — du poivre et du chocolat, XXV, 499; — du lait, XXV, 509.
Fatigue. Influence de la — sur l'irritabilité des muscles et des nerfs et sur les réflexes tendineux, XXVI, 20.
Favus. — universel, XXVI, 640.
Fèces. Organismes végétaux inférieurs qui se trouvent dans les — normales, XXV, 85; bactéries des — XXV, 87; XXVI, 491.
Fécondation. La — de l'œuf, XXVI, 29; recherches sur la — XXV, 30.
Fémur. Le col du — XXVI, 409.
Fer. Absorption et assimilation du — XXVI, 455; action du — sur le sang, XXVI, 58.
Fermentation. De la — de l'albumine, XXV, 433; XXVI, 38; — peptonisant des sucs végétaux, XXVI, 429; action de la cocaïne sur la — alcoolique, XXV, 476; — du carica papaya et du figuier, XXVI, 429; empoisonnement par le — fibrineux dans un cas de kyste sanguin, XXV, 711. — R. B., XXVI, 771.
Fibromes. Des — de la paroi abdominale et de leur ablation, XXVI, 720; extirpation d'un — pelvien de 17 livres, XXVI, 614; étude de 822 cas de — utérins, XXVI, 166; développement des — utérins, XXV, 227; altérations de la muqueuse utérine dans les cas de — XXVI, 614; valeur des altérations du rein consécutives aux — utérins pour les indications et le pronostic de l'hystérectomie, XXVI, 168; gangrène d'un — utérin pendant la grossesse, XXV, 227; — utérins énucléés à la suite de l'accouchement, XXV, 231; mort par rupture du col utérin pendant l'ablation d'un — XXVI, 614; des — utérins malins, XXV, 231; classification des — utérins et des opérations qui leur sont applicables, XXVI, 614; injections de perchlorure de fer pour un — utérin, XXV, 232; injections d'ergotine pour les — utérins, XXV, 633; de l'électrolyse pour les — utérins, XXV, 633; ablation d'un — utérin par l'anse galvanocaustique, XXV, 232, 238; énucléation des — interstitiels utérins, XXVI, 614; ablation des — utérins sous-séreux, XXVI, 614; traitement des — utérins, XXV, 227, 633; l'ovariotomie contre les — utérins, XXV, 227; XXVI, 612; ablation par le vagin d'un — interstitiel de l'utérus, XXVI, 168; extirpation d'un — utérin pendant la grossesse, XXV, 633; XXVI, 614; traitement du pédicule dans les opérations de myomotomie, XXVI, 614; ablation des — utérins, par la laparotomie, XXV, 231; de la laparomyomotomie pour — utérins, XXV, 633; hystérotomie susvaginale pour —, XXVI, 614; extirpation des trompes et des ovaires pour les — utérins, XXV, 630; hystérectomie pour — utérins, XXV, 231, 633. — R. B., XXVI, 370.
Fièvre. Influence de la — sur l'élaboration des substances azotées, XXV, 130; échanges gazeux de la respiration chez les — XXV, 89; sur le déclin de la — dans la pneumonie fibrineuse, XXV, 161; de la — hystérique, XXVI, 596. — R. B. XXV, 376; XXVI, 370.
Fièvre intermittente. Traité des — XXVI, 534; inoculation de — XXVI, 534; la — récurrente malarienne aux Antilles, XXVI, 529; altération des globules rouges dans la malaria, XXVI, 534; accidents cérébraux et accès pernicieux sporadiques, XXVI, 534; bruits de souffle spléniques dans la — XXVI, 534; paludisme et diabète, XXV, 202; cirrhoses paludo-alcooliques, XXVI, 524; de la néphrite d'origine — XXVI, 571; asphyxie locale et gangrène d'origine — XXVI, 535; action comparée des bains et des douches dans la — XXV, 114; de l'alun contre la — XXV, 133; traitement de la — par les injections d'acide phénique, XXVI, 535. — R. B., XXV, 376, 768; XXVI, 370, 771.
Fièvre jaune. La — au Brésil, XXV, 139; transmission de la — par le moustique diurne de Cuba, XXVI, 529; le microbe de la — XXVI, 49. — R. B., XXV, 377, 768; XXVI, 370, 771.
Figuier. Ferment peptonisant du suc du — XXVI, 429.
Filaire — du sang, XXV, 609; lymphorragie produite par des — XXV, 609; dermite phlegmoneuse causée par la — XXV, 609; électrolyse dans le traitement de la — XXV, 609.
Fissure. De la — médiane congénitale de la face, XXV, 440; emploi de la cocaïne contre la — anale, XXVI, 69.
Fistule. — lacrymale d'origine dentaire, XXV, 737; traitement de la — salivaire, XXV, 300; injections graisseuses dans les — salivaires, XXV, 732; un cas de — gastrique, XXVI, 229; — gastro-colique, XXVI, 263; — biliaire consécutive à une ponction exploratrice, XXVI, 235; pathogénie des — ombilicales, XXVI, 279; — de l'uretère, XXV, 639; traitement palliatif des — vésico-vaginales incurables, XXV, 630; traitement des — vésico-intestinales par la colotomie, XXVI, 263. — R. B., XXV, 377, 768; XXVI, 370, 771.
Flexion. *Voy.* Utérus.
Fœtus. Formation des annexes — chez les mammifères, XXVI, 8; recherches sur le sang, la circulation et la respiration chez le — XXV, 22; phénomènes d'assimilation et de désassimilation chez le — XXV, 425; action du phosphore sur le — XXV, 464; influence de la tuberculose de la mère sur le — XXV, 240; des rapports qui unissent quelques maladies du — à celles de la mère, XXV, 65; passage des microbes pathogènes de la mère au — XXVI, 46; transmission du charbon de la mère au — XXV, 65, 73; variole intra-utérine, XXVI, 631.
Foie. Structure et physiologie du — des araignées, XXV, 12; quelques anomalies des échanges nutritifs dans les maladies du — XXVI, 99; toux hépatique, XXVI, 99; étude expérimentale de l'ictère,

XXV, 460; résultats de l'extirpation du — XXVI, 50; de la régénération partielle du — XXV, 460; étude sur l'affection calculeuse du — XXVI, 99; irrégularités du rythme cardiaque dans un cas de lithiase biliaire, XXVI, 99; mort subite pendant la durée d'une colique — XXVI, 663; de l'ictère catarrhal. XXVI, 98, 99; ictère émotif, XXVI, 99; ictère grave sporadique, XXVI, 99; de l'acholie, XXVI, 99; urémie d'origine — XXVI, 99; atrophie jaune aiguë du — chez un enfant, XXVI, 634; causes de l'hépatite tropicale XXVII, 105; des abcès aréolaires du — XXV, 105; des abcès dysentériques du — XXVI, 105; abcès du — d'origine traumatique, XXVI, 105; de l'hépatite interstitielle, XXVI, 105, 115; cirrhose du — dans le diabète, XXV, 202; abcès biliaires dans la cirrhose sans cholélithiase, XXVI, 115; thrombose de la veine porte par compression dans le cours d'une péritonite tuberculeuse, XXVI, 115; cirrhose du — simulant une atrophie aiguë, XXVI, 115; cirrhose du — et tuberculose du péritoine, XXVI, 115; cirrhose sus hépatique d'origine cardiaque, XXVI, 106; de la cirrhose avec adénome généralisé du — XXVI, 106; de la cirrhose atrophique du — XXVI, 106; de la cirrhose hypertrophique du — XXVI, 106; du rôle du système nerveux ou hépatique dans la topographie de la cirrhose du — — XXVI, 105; de la cirrhose graisseuse du — XXVI, 106; cirrhoses paludo-alcooliques, XXVI, 534; atrophie du — XXVI, 114; de la dégénérescence kystique du — XXVI, 105; kyste hydatique du — envahissant la cavité thoracique, XXVI, 119; complications des kystes hydatiques du — XXVI, 119; traitement des kystes hydatiques du — XXVI, 119; de la douve — XXV, 601; cancer primitif du — avec cancer secondaire des lymphatiques du hile, XXVI, 119; syphilis du — XXV, 264; tuberculose du — XXVI, 115; adénome du — XXVI, 119. — R. B., XXV, 377, 769; XXVI, 371, 771. *Voy.* biliaires.

Foin. Les bactéries du — et leur action sur l'organisme animal, XXV, 73.

Folie. *Voy.* aliénation.

Folliculite. Variété de péri — suppurées et conglomérées en placards, XXVI, 639.

Forceps. Modifications du — XXV, 653; des applications de — dans les variétés postérieures du sommet et de la face. XXV, 652; fractures du crâne chez l'enfant produites par le — XXV, 655.

Formène. Effets de l'inhalation du — et du — monochloré, XXVI, 503.

Fracture. Traité des — XXV, 306; des — chez les syphilitiques, XXV, 267; — de l'os hyoïde, XXVI, 663; — de l'apophyse odontoïde, XXV, 700; — des vertèbres cervicales avec compression médullaire, XXV, 700; — du crâne avec rupture de l'artère méningée, XXV, 695; — du crâne avec perte de substance cérébrale, XXV, 694; — du crâne par coups de feu, XXV, 694, 695; — du crâne produites par le forceps, XXV, 655; trépanation dans les — du crâne, XXV, 695. — R. B., XXV, 377, 769; XXVI, 371, 772.

G

Gangrène. — palustre, XXVI, 535; de la septicémie — XXVI, 44, 45; — symétrique des deux pieds d'origine névritique, XXV, 581; — du poumon traitée par l'excision et le drainage, XXV, 296; éruption — suite de vaccination, XXV, 664; — cachectique cutanée chez l'enfant, XXV, 672; anévrisme de l'aorte abdominale causant la — des membres, XXVI, 563; — d'un fibrome utérin pendant la grossesse, XXV, 227. — R. B., XXV, 377, 769; XXVI, 372, 772.

Gärtner (canal de). Rudiments du — XXV, 3; les — chez la femme, XXVI, 8.

Gastrique (suc). Valeur des procédés pour reconnaître l'activité du — XXVI, 439, *Voy.* Estomac.

Gastrite. Obs. de — phlegmoneuse, XXVI, 94.

Gastroxynsis. *Voy.* Estomac.

Gastrostomie. Obs. de — XXVI, 229; — pour corps étrangers, XXVI, 229; — pour retirer un fragment d'épée, XXV, 305; — pour rétrécissements cicatriciels et cancer de l'œsophage, XXVI, 229; — et gastro entérostomie pour le cancer de l'estomac, XXVI, 229. — R. B., XXV, 770; XXVI, 372, 772.

Gastrotomie. R. B., XXVI, 372.

Gaultheria. Traitement du rhumatisme par l'huile de — XXVI, 523.

Gaz. Asphyxie par le — d'éclairage devenue mortelle par l'administration d'ammoniaque, XXVI, 663; simulation de pneumothorax tuberculeux par des — intestinaux, XXVI, 138. — R. B., XXVI, 772.

Gelure. Signes de la mort par — XXVI, 675; mort par — avec des signes de mort par submersion, XXVI, 675. — R. B., XXVI, 372.

Génitaux (organes). Des canaux de Gärtner chez la femme, XXVI, 8; structure des corpuscules nerveux terminaux des — XXVI, 406; de l'influence des irritations des — sur l'organe de l'ouïe, XXV, 340; action anesthésiante de la cocaïne sur les — XXV, 123; influence du diabète sur les fonctions sexuelles, XXV, 203; infection tuberculeuse par les — XXVI, 126. — R. B., XXV, 378.

Genou. Ostéoclasie manuelle pour le redressement du — valgum, XXV, 307. — R. B., XXVI, 372, 772.

Géographie médicale. Traité de — XXVI, 81; traité de l'acclimatement et de l'acclimatation, XXVI, 529; longévité en Grèce, XXVI, 529; station du Levant, XXVI, 529; archipel des Tonga, XXVI, 529; le sud de l'Afrique comme station climatérique, XXVI, 529; traitement des

maladies tropicales dans les climats tempérés, XXVI, 529; hygiène des Européens dans les pays intertropicaux, XXVI, 82; épidémie de beriberi à Manille, XXVI, 529; la fièvre récurrente malarienne aux Antilles, XXVI, 529; transmission de la fièvre jaune par le moustique, XXVI, 529; les champignons comestibles et vénéneux des Cévennes, XXV, 159. — R. B., XXV, 378, 770; XXVI, 372, 772.
Germination. Action de la cocaïne sur la — XXV, 476.
Gestation. Influence de l'hyperthermie sur les femelles en — XXV, 240.
Glande. Développement des — vasculaires, XXVI, 403; sécrétion des — à mucus, XXVI, 430; migration des leucocytes dans les — vésiculeuses de la base de la langue, XXVI, 434; oblitération, dilatation et inflammation des canaux des — de Cowper, XXVI, 290, 291; cancer des — sudoripares, XXVI, 456; épithélioma de la — de Cowper, XXVI, 466.
Glaucome. Pathogénie du — XXVI, 305, — aigu dans le cours d'une rétinite albuminurique, XXV, 743; — provoqué par l'homatropine, XXV, 745; — chronique traité par le jéquirity, XXV, 313. — R. B., XXV, 770; XXVI, 372, 773.
Gliome. Du — neuroformatif, XXVI, 461; — du cerveau, XXV, 529.
Glucose. Détermination quantitative du — par le polarimètre, XXV, 437. *Voy.* sucre.
Glycogène. Méthode de préparation et détermination quantitative du — dans les organes, XXV, 47.
Glycosurie. Pronostic de la — XXV, 202; pseudo — due à des injections de sulfate de zinc, XXV, 203. *Voy.* diabète.
Goître. Du — endémique, XXVI, 710; thyroïdite caséeuse affectant la forme du — suffocant, XXV, 727; du traitement du — XXV, 727; — traité par le séton, XXV, 727; injections interstitielles contre le — XXVI, 703; traitement du — par l'iode, XXVI, 298; traitement du — par les injections iodées, XXV, 727, 731; traitement du — par l'iodoforme, XXV, 138; de l'extirpation du — XXV, 727; extirpation de — sarcomateux, XXVI, 294; relevé de 300 extirpations de — XXVI, 703; opérations de — sans ligatures, XXVI, 703, 707; de la cachexie strumiprive, XXVI, 703; de la cachexie consécutive à l'extirpation du — XXV, 727. *Voy.* thyroïde.
Goitre exophtalmique. Troubles visuels dans le — XXVI, 303; des lésions oculaires dans le — XXVI, 723; — avec ophtalmoplégie externe, XXV, 195; extirpation du corps thyroïde dans le — XXVI, 710.
Gommes. Des — de la peau, XXV, 267.
Gonococcus. *Voy.* blennorragie.
Goût. R. B., XXV, 770.
Goutte. Traité de la — XXV, 617; théorie nerveuse de la — XXV, 617; pathogénie de la — XXV, 617; des affections oculaires liées à la — XXV, 737; — chronique, tophus de la peau, XXV, 619. — R. B., XXV, 378, 770; XXVI, 372, 773.
Graisse. Sur la proportion de — contenue dans les organes pathologiques, XXV, 57; de la résorption de la — dans l'intestin grêle, XXV, 427; mécanisme de la résorption des — XXV, 27; XXVI, 435; étude des matières — contenues dans l'urine, XXV, 438; la diarrhée — chez les enfants, XXV, 670; modifications de la température par les onctions — dans les maladies fébriles des enfants, XXV, 676; traitement des fistules salivaires par les injections — XXV, 732.
Granulome. — de l'ombilic, XXVI, 272.
Gravelle. Traitement de la — à Contrexéville, XXV, 113.
Greffe. — de cartilages et de muscles, XXV, 89; — musculaire, XXVI, 42; de la — cancéreuse secondaire, XXV, 734. — R. B., XXV, 770; XXVI, 372, 773.
Grenouillette. Siège et traitement de la — XXV, 301.
Grippe. Micrococcus de la — XXVI, 144. — R. B., XXVI, 372.
Grossesse. Anatomie de l'ovaire dans la — XXV, 8; les anastomoses des vaisseaux placentaires dans les — gémellaires XXVI, 5; changements subis par le sang pendant la — XXV, 22; — chez les primipares âgées, XXV, 648; état du cœur à la fin de la — XXV, 647; influence de la tuberculose sur la — XXV, 240; endométrite purulente dans la — XXVI, 174; du cancer de l'utérus gravide, XXVI, 180; action de l'électricité sur l'utérus pendant la — XXVI, 175; cocaïne contre les vomissements incoercibles de la — XXV, 481; albuminurie de la — XXV, 650; — dans un utérus bifide, XXV, 650; paralysie récidivée des abducteurs de la glotte pendant la — XXVI, 744; kyste de l'ovaire et — XXVI, 603; gangrène d'un fibrome utérin pendant la — XXV, 227; extirpation d'un fibrome utérin pendant la — XXV, 633; XXVI, 614; ablation d'un cancer du col pendant la — XXV, 639 — R. B., XXV, 378, 770; XXVI, 372, 773.
Grossesse extra-utérine — tubo-ovarienne XXVI, 187; — compliquée d'hydramnios, XXVI, 186; observation de — XXVI, 186, 187; arrêt de développement du fœtus par les injections de morphine, XXVI, 187; expulsion des parties fœtales par un abcès abdominal, XXVI, 187; expulsion du fœtus par le rectum XXVI, 187; — traitée par la laparotomie, XXVI, 187; résection de l'intestin dans le cours d'une opération de — XXVI, 187, 255.
Gynécologie. Traité de — XXV, 221; traité de — opératoire XXV, 623; valeur diagnostique de l'urobilinurie en — XXV, 436; du massage en — XXVI, 164; valeur de l'électricité en — XXVI, 175 — R. B., XXV, 770; XXVI, 373, 773.

H

Hellébore. Action physiologique de l' — blanc, XXV, 472; XXVI, 55.
Helminthes. Quantité d'oxygène nécessaire aux — intestinaux, XXV, 608; nouvel entozoaire XXV, 609; lombric dans le larynx, XXV, 608; pénétration d'ascarides dans les voies biliaires XXV, 608; pénétration d'ascarides dans la veine splénique, XXV, 608; ascarides sous la peau, XXV, 608; ascaride dans la région rénale, XXV, 608; perforation des intestins par les ascarides XXV, 608; tétanos et chorée produits par les ascarides, XXV, 608; aphasie produite par les ascarides, XXV, 608; accidents produits par les œstrides, XXV, 609; épilepsie produite par les oxyures, XXV, 608; tumeur produite par la larve de la luterebra noxialis, XXV, 609; développement de l'anguillule stercoral et duodénal, XXV, 609; du distoma hœmatobium, XXV, 601; de la douve hépatique, XXV, 601; variétés de douve, XXV, 601; ladrerie chez l'homme, XXV, 606; cysticerque du corps vitré, XXV, 606; cysticerque sous-rétinien, XXV, 606; cysticerque du sein, XXV, 606. — R. B., XXV, 378, 770; XXVI, 373, 773.
Hématocèle. Diagnostic de l' — pelvienne, XXVI, 622; de l' — rétro-utérine, XXV, 225; traitement de l' — péri-utérine, XXV, 629; — traitées par la laparotomie, XXVI, 622. — R. B., XXVI, 773.
Hématomes. Des — au point de vue médico-légal, XXVI, 671; de l' — sous-péritonéal, XXV, 225. — R. B., XXV, 378, 771; XXVI, 373.
Hématomyélie. *Voy.* moelle.
Hématurie. De l' — endémique et de son traitement par l'essence de térébenthine, XXV, 601.
Hémialbumose. *Voy.* albumose.
Hémianopsie. *Voy.* cerveau, œil.
Hémichorée. *Voy.* chorée.
Hémiplégie. Double — spasmodique infantile, XXVI, 628; paralysie agitante apparaissant à la suite d'une — XXV, 185; — homonyme de la face et des membres dans les lésions en foyer de la protubérance, XXV, 518; — gauche par plaie du cerveau à travers l'orbite, XXV, 518; lésions opto-striées sans — XXV, 518; tuméfaction unilatérale dans l' — hystérique, XXV, 201; des mouvements choréiques præ et post — XXV, 518; recherches dynamo-électriques sur l'état des forces chez les — XXV, 574; atrophie musculaire — d'origine périphérique, XXV, 574; — dans le diabète, XXV, 202. *Voy.* cerveau, paralysie.
Hémoglobine. Composition de l' — XXVI, 33; étude de la méth — XXVI, 447; proportion d'oxygène de la méth — XXV, 45; sur les substances toxiques ou médicamenteuses qui altèrent l' — et qui la transforment en méth — XXV, 416; proportion d' — contenue dans le sang, XXVI, 16; richesse du sang en — dans la chlorose et l'anémie après injections d' — et de sang, XXVI, 699. *Voy.* sang.
Hémoglobinurie. De l' — paroxystique, XXV, 620; — produite par le toluylène-diamine, XXV, 93. — R. B., XXV, 379, 771; XXVI, 373.
Hémoptysie. De l' — endémique, XXV, 601.
Hémorragie. Numération des globules blancs du sang après les — XXVI, 40; origine et traitement de l'épistaxis, XXVI, 737; de l' — consécutive à l'opération de la cataracte, XXV, 315; — de l'artère carotide, suite d'amygdulite phlegmoneuse, XXV, 320; ligature de l'iliaque primitive pour — XXV, 293; traitement de l' — utérine, XXV, 629; de l'hydrastis dans les — utérines, XXV, 133; ablation des ovaires dans le traitement des métrorragies, XXVI, 612; de la laryngite — XXV, 335; étiologie de la scarlatine — XXVI, 599; syphilis — des nouveau-nés, XXVI, 210. — R. B., XXV, 379, 771; XXVI, 373, 773.
Hémorroïdes. R. B., XXV, 379, 771; XXVI, 373, 773.
Hépatite. Causes de l' — tropicale, XXVI, 105; de l' — interstitielle, XXVI, 114. *Voy.* foie.
Hérédité. Transmission par — de microphtalmie double, XXV, 316.
Hermaphrodite. Pseudo — XXV, 448.
Hernie. Présence de bactériens et du cercomonas intestinalis dans la sérosité péritonéale de la — étranglée, XXV, 85; de l'albuminurie dans les — étranglées, XXVI, 247; plaie de l'abdomen avec énorme — de l'intestin, XXVI, 247; méthode de réduction de la — crurale chez la femme, XXVI, 247; — inguinale étranglée chez l'enfant, XXVI, 635; traitement de la — ombilicale étranglée, XXVI, 247; guérison d'un anus contre nature, suite de — étranglée, XXVI, 263; cure radicale des — XXVI, 247; moyen de prévenir les — à la suite des laparotomies, XXVI, 247; — de la vessie à travers l'urètre, XXVI, 286; — de l'ovaire, XXVI, 635. — R. B., XXV, 379, 771; XXVI, 373, 774. *Voy.* anus, laparotomie, occlusion.
Herpès. Epidémie de fièvre — XXV, 664; — du larynx, XXVI, 315. — R. B., XXV, 379, 772; XXVI, 373, 774.
Histologie. Méthode pour colorer en totalité les centres nerveux, XXVI, 412; méthode de coloration des bacilles tuberculeux, XXVI, 482; coloration spéciale des schizomycètes, XXV, 49. — R. B., XXV, 379, 772; XXVI, 374.
Histone. Etude de l' — XXV, 434.
Hiver. Respiration des animaux pendant le sommeil — XXV, 430.
Homatropine. Glaucome provoqué par l' — XXV, 745.
Hôpital. Des — d'ivrognes, XXV, 140. — R. B., XXV, 379; XXVI, 374, 774.
Hoquet. Traitement du — par la compression des nerfs phrénique et pneu-

mogastrique, XXVI, 523. — R. B., XXVI, 374, 774.
Houblon. Présence de la choline dans le — XXVI, 456.
Huile. *Voy.* kyste.
Hydatide. Kyste — du biceps huméral, XXV, 606; kyste — de la parotide, XXV, 732; complication des kystes — du foie, XXVI, 119; kyste — du foie envahissant la cavité thoracique, XXVI, 119; traitement des kystes — du foie, XXVI, 119; kyste — de la prostate, XXVI, 289. — R. B., XXV, 379, 772; XXVI, 374, 774.
Hydramnios. *Voy.* amnios.
Hydrastine. Action de l' — XXV, 98; de l'hydrochlorate d' — XXVI, 54.
Hydrastis. De l' — dans les métrorragies, XXV, 133.
Hydrocèle. — chez la femme, XXVI, 163; traitement de l' — par l'incision antiseptique, XXV, 305. *Voy.* testicule.
Hydrocéphalie. Obs. d' — XXV, 440.
Hydrogène. Action de l' — sulfuré sur l'organisme, XXV, 468.
Hydrophobie. Tétanos — XXVI, 294. *Voy.* rage.
Hydrothérapie. R. B., XXV, 772. *Voy.* bains, eaux minérales.
Hydroxybutyrique (acide). — de l'urine diabétique, XXVI, 35.
Hydroxyle. Signification du groupe — dans quelques poisons, XXV, 38.
Hygiène. — des Européens dans les pays intertropicaux, XXVI, 82; prophylaxie et géographie médicale des principales maladies tributaires de l' — XXVI, 81; des patentes de santé, XXV, 139; législation contre les alcooliques, XXV, 140; protection des eaux potables, XXV, 140; influence des eaux souterraines sur la gravité des épidémies, XXV, 517; mesures d' — à prendre contre le choléra, XXV, 595; les falsifications de la bière, XXV, 151; inconvénients — des pompes à bière, XXV, 151; le salicylage des substances alimentaires, XXV, 151; le plâtrage et les falsifications des vins, XXV, 151; danger des cosmétiques aux sels de plomb, XXV, 147. — R. B., XXV, 380, 772; XXVI, 374, 774.
Hygromas. Nature tuberculeuse des — à grains riziformes, XXVI, 716.
Hymen. Anomalies de développement de l' — XXVI, 164.
Hypertrophie. — unilatérale du corps chez une enfant, XXVI, 629.
Hypospadias. — chez l'homme, XXV, 448. *Voy.* urètre.
Hypnotisme. Etude de l' — chez les hystériques, XXV, 18; des suggestions — XXV, 195; des paralysies par suggestion, XXV, 283. — R. B., XXV, 380, 772; XXVI, 374, 774. *Voy.* hystérie.
Hystérectomie. Obs. d' — XXVI, 168; — pour fibromes utérins, XXV, 633; — pour myome pendant la grossesse, XXVI, 614, 616, 617; — pour le cancer utérin, XXVI, 171, 619; opération césarienne avec — XXVI, 184. *Voy.* utérus.
Hystérie. De la contraction rythmique spasmodique du diaphragme et d'autres muscles, XXV, 192; de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, XXV, 18; des zones — ogènes, XXV, 192; cas de léthargie durant 23 semaines, XXV, 192; influence du traumatisme sur l' — XXV, 192; étude de l'hypnotisme dans l' — XXV, 18; de la fièvre — XXVI, 596; des vomissements fonctionnels dans l' — XXV, 192; angines de poitrine dans l' — XXV, 192; surdité dans l' — XXV, 192; du pemphigus chez les — XXV, 256; paralysie — chez les enfants, XXV, 660; tuméfaction unilatérale dans l'hémiplégie — XXV, 201; étude des fausses tumeurs chez les — XXVI, 161; de l'apomorphine dans l' — XXV, 495; ovario hystérotomie chez une — XXV, 630; résultats de l'ovariotomie sur une — XXV, 630. — R. B., XXV, 380, 773; XXVI, 374, 775.
Hystérotomie. — par la voie vaginale, XXV, 638, 639; — chez une hystérique, XXV, 630; valeur des altérations du rein consécutives aux fibromes utérins pour les indications et le pronostic de l' — XXVI, 168; — sus-vaginale pour fibromes — XXVI, 614; — pour des fibromes utérins, XXV, 231, 633; — pour le cancer utérin, XXV, 639. *Voy.* utérus.

I

Ichtyose. — de la peau chez un tabétique, XXV, 561.
Ictere. De l' — XXVI, 99; étude expérimentale de l' — XXV, 460; de l' — catarrhal, XXVI, 98, 99; émotif, — XXVI, 99; — graves sporadiques, XXVI, 99; — produit par le toluylène-diamine, XXV, 93. *Voy.* foie.
Idiotie. R. B., XXV, 375.
Incontinence d'urine. *Voy.* urine.
Incubation. Sur le rôle physiologique du retournement des œufs pendant l' — XXVI, 29.
Infarctus. L' — blanc du placenta, XXVI, 471.
Infection. Réaction des matières — sur les sucs digestifs, XXVI, 43; du rôle des substances — dans le canal intestinal, XXV, 65; des rapports qui unissent quelques maladies de l'enfant à celles de la mère, XXV, 65; sclérose en plaques et maladies — XXV, 537; traitement antiseptique des maladies — XXVI, 509; traitement des maladies — par les injections iodées intra-veineuses, XXV, 65; de l'érythème dans les maladies — XXV, 252, 253; origine de l' — cancéreuse, XXV, 55. — R. B., XXV, 773; XXVI, 375.
Inflammation. R. B., XXV, 380.
Influenza. *Voy.* grippe.
Inhalation. Inoculation de la tuberculose par — XXVI, 125; des altérations pulmonaires provoquées par l' — de crachats de phtisiques et d'autres substances organiques, XXVI, 480; effets de l' — du formène et du chlorure de méthyle,

XXVI, 503; des — de sang défibriné, XXVI, 699. — R. B., XXV, 380.
Injection. Des — dans la trachée, XXVI, 65; — d'air purifié après la thoracentèse dans l'empyème, XXV, 714; des — intra-parenchymateuses dans la tuberculose pulmonaire, XXVI, 64; — intraveineuses dans le choléra, XXV, 486; des — intra-veineuses de lait, XXVI, 700; des — sous-cutanées de sang, XXVI, 699, 700; — de sang dans le péritoine, XXV, 285; valeur des — sous-cutanées d'éther dans les hémorragies, XXV, 285; transfusion du sang par — hypodermiques, XXV, 285; accidents déterminés par une — chloroformique sous-muqueuse, XXVI, 63; du traitement des loupes par les — d'éther, XXV, 733; paralysie nerveuse à la suite d'une — d'éther, XXVI, 681; — d'ammoniaque comme excitant, XXVI, 528; traitement des fistules salivaires par les — graisseuses, XXV, 732; — hypodermique d'aloès, XXV, 101; effets et accidents des — hypodermiques de cocaïne, XXV, 476; traitement de la kératite interstitielle par les — de sublimé, XXV, 311; — interstitielles contre le goitre, XXVI, 703; traitement du goitre par les — iodées, XXV, 727, 731; traitement des maladies infectieuses par les — iodées intra-veineuses, XXV, 65; traitement de la blennorragie par les — de sublimé, XXV, 271; — hypodermiques de calomel dans la syphilis, XXV, 268; traitement de la fièvre intermittente par les — d'acide phénique, XXVI, 535; — d'arsenic dans les lymphomes et les tumeurs verruqueuses, XXVI, 525, 526; — d'ergotine pour les fibromes utérins, XXV, 633; — de perchlorure de fer pour un fibrome utérin XXV, 232; — de morphine pour tuer le fœtus dans la grossesse extra-utérine, XXVI, 187. — R. B., XXV, 380, 773; XXVI, 375, 775.
Inosurie. — succédant au diabète, XXV, 212.
Insolation. De l' — XXV, 750; lésions du cœur par coup de chaleur, XXV, 754. — R. B., XXV, 773; XXVI, 775.
Intertrigo. De l' — des nourrissons, XXVI, 633.
Intestin. Ce que devient la bile dans l' — XXVI, 431; étude du suc — XXVI, 418; mécanisme de la résorption de la graisse dans l' — grêle, XXV, 427; du rôle des substances infectieuses dans l' — XXV, 65; adénome du côlon, XXVI, 271; simulation de pneumothorax tuberculeux par des gaz — XXVI, 138; septicémie — par une ptomaine atropique, XXV, 219; des troubles — dans le tabes, XXV, 553; syphilis — XXV, 680; lésions de l' — dans la syphilis, XXV, 265; altérations des nerfs des parois de l' — dans l'anémie pernicieuse, XXVI, 542; désinfection de l' — par la naphtaline, XXVI, 520; rupture du gros — du nouveau-né pendant l'accouchement, XXVI, 636; perforation des — par les ascarides, XXV, 608; plaie de l'abdomen avec issue des — XXVI, 247; perforation de l' — dans une exploration utérine, XXV, 239; fistule gastro-colique, XXVI, 263; causes de la mort dans l'étranglement — et dans l'occlusion — chronique, XXVI, 254; absence du côlon constatée dans une colotomie, XXVI, 263; colotomie et cœcotomie pour le traitement des ulcérations dysentériques du gros — XXVI, 263; traitement des fistules vésico — par la colotomie, XXVI, 263; ouverture du cœcum dans le traitement des ulcérations dysentériques du gros — XXVI, 263; laparotomie pour plaies par armes à feu de l' — XXVI, 246; traitement des ruptures traumatiques de l' — par la laparotomie et la suture, XXVI, 247; combien d' — peut-on enlever à l'homme, XXVI, 255; résection du cœcum pour un épithélioma, XXVI, 263; résection et suture de l' — XXVI, 255; traitement de l'anus contre nature par la résection de l' — XXVI, 263; résection de l' — dans l'opération de grossesse extra-utérine, XXVI, 187, 255. — R. B., XXV, 381, 773; XXVI, 375, 775.
Inversion. De l'—viscérale chez l'embryon de poulet, XXVI, 411; — des viscères, XXV, 440; — de l'utérus suite d'accouchement, XXV, 243; — de l'utérus produite par des tumeurs, XXV, 239; traitement de l' — de l'utérus, XXVI, 165.
Iode. Action de l' — méthyle, XXV, 101; traitement du goitre par l' — XXVI, 298; traitement du goitre par les injections — XXV, 727, 731; traitement des maladies infectieuses par les injections — intra-veineuses, XXV, 65; teinture d' — dans le traitement du choléra, XXVI, 78; — comme antidote du venin des serpents, XXV, 105.
Iodisme. — aigu à la suite d'une injection iodée dans un kyste de l'ovaire, XXVI, 603. — R. B., XXVI, 775.
Iodoforme. Résultats du pansement à l' — XXVI, 225; traitement du goitre par l' — XXV, 138; action de l' — dans le diabète, XXV, 212; valeur de l' — en ophtalmologie, XXV, 318; emploi de l' — après l'opération de la cataracte, XXV, 315; emploi de l' — dans les accouchements, XXV, 656; de l'exanthème —, XXVI, 650; traitement de l'intoxication par l' — XXVI, 61. *Voy.* pansement.
Iodure. Moyen de reconnaître l' — de potassium dans la salive, XXV, 48; association du bromure pour la tolérance de l' — de potassium, XXVI, 528; association de la belladone pour la tolérance de l' — XXVI, 528.
Iridectomie. — dans les abcès cornéens, XXV, 739.
Iris. Innervation de l' — XXV, 21; rapports entre les mouvements de l' — et la présence ou l'absence d'acides biliaires dans l'urine, XXVI, 99; les variations du diamètre pupillaire chez les épileptiques, XXV, 693; tuberculose de l' —

XXV, 742. — R. B., XXV, 381, 774; XXVI, 375, 775.

J

Jaborandi. Influence de la pilocarpine sur la production du lait, XXV, 96; traitement de la pneumonie par le — et la pilocarpine, XXVI, 72, 73.

Jéquirity. Propriétés du — XXV, 48; le bacille du — XXVI, 48; le — et son principe phlogogène, XXVI, 300; empoisonnement des poules par le bacille du — XXV, 82; rapports des bacilles avec l'ophtalmie — XXVI, 299; action et emploi du — XXV, 312; de l'ophtalmie — XXV, 312; XXVI, 728, 730; nature de l'inflammation produite par le — XXVI, 730; glaucome chronique traité par le — XXV, 312; — dans l'ophtalmie granuleuse, XXVI, 300; traitement du pannus sans — XXVI, 300; le traitement — et ses prétendus dangers, XXVI, 300. *Voy.* œil.

K

Kairine. Action de la — XXV, 131, 132; valeur et action de la — XXVI, 512; emploi de la — XXV, 492, 493; transformation de la — dans l'organisme, XXV, 132; caractères de l'urine après l'usage de la — XXVI, 36; emploi de la — dans la phtisie, XXVI, 510; — dans la variole, la rougeole et l'érysipèle, XXV, 132; traitement de la fièvre typhoïde par la — XXV, 492, 493. *Voy.* pharmacologie, thérapeutique.

Kératite. Etiologie de la — centrale, XXVI, 725; — parenchymateuse d'origine syphilitique, XXVI, 303; traitement de la — interstitielle par les injections de sublimé, XXV, 311. *Voy.* cornée.

Kératome. Du — héréditaire palmaire et plantaire, XXVI, 199.

Kola. Action de la — XXV, 494.

Kymographe. Mensurations — chez l'homme, XXV, 421.

Kyste. Pathogénie des — des mâchoires, XXV, 732; — osseux du nez, XXVI, 738; — du larynx, XXVI, 744; — de la paupière — XXVI, 723; — dermoïdes de la cornée, XXVI, 725; — de l'œil, XXVI, 725; — du cou communiquant avec la jugulaire, XXV, 712; du traitement des loupes par les injections d'éther, XXV, 733; tumeur — de la mamelle, XXVI, 457; maladie — des mamelles, XXV, 304; — sébacés de l'ombilic, XXVI, 272; dégénérescence — du foie, XXVI, 105; — de l'hymen, XXV, 674; — du petit bassin au point de vue de la dystocie, XXV, 248; des — de l'ovaire intraligamenteux, XXVI, 602; des — paraovariques, XXVI, 603; métastases ayant pour point de départ des — ovariques bénins, XXVI, 602; ossification de la paroi d'un — de l'ovaire, XXVI, 603; tuberculose de la poche d'un — ovarique, XXVI, 603; — ovarique à contenu huileux, XXVI, 603; — de l'ovaire et grossesse, XXVI, 603; iodisme aigu à la suite d'une injection iodée dans un — de l'ovaire, XXVI, 603; laparotomie et ovariotomie pour la dilatation — des trompes de Fallope, XXVI, 622. — R. B., XXV, 774; XXVI, 375, 776.

L

Lacrymales (voies). Bactéries dans la dacryocystite, XXVI, 303; fistule — d'origine dentaire, XXV, 737; sarcome de la glande — XXV, 736. — R. B., XXV, 774; XXVI, 776.

Lactique (acide). L' — comme caustique, XXVI, 525.

Lactose. *Voy.* sucre.

Ladrerie. — chez l'homme, XXV, 606. — R. B., XXVI, 376.

Lait. Etude des substances albuminoïdes du — de vache, XXVI, 454; caséine et peptone du — XXV, 46; détermination de la caséine du — de vache, XXVI, 32; influence de la nourriture des vaches sur le — XXV, 153, 509; examen du — XXV, 509; étude comparée du — de femme, d'ânesse, de vache, et de chèvre, XXV, 153; oscillations de la sécrétion — chez la femme, XXV, 153; influence de la pilocarpine et de l'atropine sur la production du — XXV, 96; falsification du — XXV, 509; du passage de l'arsenic dans le — des nourrices, XXV, 102; passage des bactéridies charbonneuses dans le — des animaux atteints de charbon, XXV, 73; micro-organisme du — dans l'état puerpéral, XXVI, 490; fièvre typhoïde répandue par le — XXV, 509; infection par le — tuberculeux, XXVI, 481; inoculation de la tuberculose par le — XXVI, 125, 126; des injections intra-veineuses de — XXVI, 700; valeur du régime — exclusif, XXV, 136. — R.B., XXV, 381, 774, XXVI, 376, 776.

Langue. Migration des leucocytes dans les glandes vésiculeuses de la base de la — XXVI, 434; de la rétraction spasmodique de la — XXV, 521; hémiatrophie de la — dans le cours d'un tabes, XXV, 553; tuberculose de la — XXV, 60; XXVI, 712; angiome de la — XXV, 711. — R. B., XXV, 381, 774; XXVI, 376, 776.

Laparomyomotomie. *Voy.* fibrome, utérus.

Laparotomie. Influence de la — sur la température animale, XXVI, 602; de la toilette du péritoine après la — XXVI, 169; — chez les enfants, XXV, 675; relevé de mille cas de — XXVI, 264; statistique de — XXVI, 250 — dans la péritonite, XXVI, 264; — pour plaies par armes à feu de l'abdomen et de l'intes-

tin, XXVI, 246; traitement des ruptures traumatiques de l'intestin par la — XXVI, 247; — dans l'occlusion intestinale, XXVI 254; moyen de prévenir les hernies à la suite des — XXVI, 247; — pour l'hématocèle utérine, XXVI, 622; — pour les abcès périutérins, XXVI, 625; — pour l'hydropisie de la trompe, XXVI, 170; — pour la dilatation kystique des trompes utérines, XXVI, 622; — pour fibromes utérins, XXV, 231; — dans la grossesse extra-utérine, XXVI, 187. — R. B., XXV, 381, 774; XXVI, 376.

Laryngite. De la — hémorragique, XXV, 335; de la cocaïne dans la — XXV, 480.

Laryngoscopie. Importance de la — dans le diagnostic de quelques affections extra-laryngées; XXV, 332; diagnostic d'un anévrisme aortique par la — XXV, 332.

Larynx. — des sourds-muets, XXV, 325; rapport peu connu du nerf récurrent gauche, XXVI, 2; étude des ganglions péri — XXV, 332; physiologie de la phonation, XXVI, 424; des érosions catarrhales et de leurs rapports avec la tuberculose — XXVI, 742; observation d'ozène — trachéal, XXVI, 313; crises — dans le tabes, XXV, 553; paralysies — d'origine saturnine, XXVI, 743; paralysie récidivée des abducteurs pendant la grossesse, XXVI, 744; ascarides dans le — XXV, 608; forme rare de tuberculose — XXVI, 744; phtisie — avec perforation de l'œsophage, XXV, 337; gomme syphilitique du — XXV, 337; herpès du — XXVI, 315; infiltration lépreuse de l'épiglotte, XXV, 336; du lupus du — XXVI, 315; études sur les tumeurs du — XXVI, 316; papillomes du — enlevés après anesthésie par la cocaïne, XXVI, 518; kystes du — XXVI, 744; destruction à travers la plaie de la trachéotomie d'une tumeur sous-glottique, XXVI, 317; corps étranger de l'œsophage amenant une paralysie du — XXV, 337; fracture de l'os hyoïde, XXVI, 663; bande cicatricielle dans le — XXV, 336; des rétrécissements du — dans la fièvre typhoïde, XXV, 333; observation de sténoses — XXVI, 317; du traitement des maladies du — XXVI, 314; de l'emploi des sulfureux dans la tuberculose — XXVI, 316; la cocaïne dans les maladies du — XXVI, 69; la cocaïne éomme anesthésique local pour le — XXV, 123; la cocaïne contre la chorée du — XXVI, 746; résorcine dans les maladies du — XXV, 338; les résultats de l'extirpation du — XXVI, 318; observations d'extirpation du — XXVI, 317, 745; extirpation du — pour le cancer, XXV, 338, 339. — R. B., 381, 775; XXVI, 376, 776.

Lathyrisme. Du — médullaire spasmodique, XXV, 142; le — et le béribéri, XXV, 142.

Lavement. Emploi des — phéniqués, XXV, 132; — phéniqués dans la dysentérie, XXVI, 79.

Lèpre. Etiologie et pathologie de la — XXVI, 205; transmissibilité de la — aux animaux, XXV, 259; bacille de la — XXV, 259; analyse des troubles nerveux dans la — XXVI, 647; la — à Madère et en Norvège, XXVI, 643, 646; origine, symptômes et traitement de la — XXVI, 642, 643, 646, 647; — du larynx, XXV, 336. — R. B., XXV, 382, 775; XXVI, 377, 777.

Léthargie. Cas de — durant 23 semaines, XXV, 192.

Leucémie. Pseudo — avec perforation de l'estomac, XXVI, 94. — R. B., XXVI, 777.

Leucocytes. *Voy.* sang.

Leucocythémie. — chez un enfant, XXV, 671.

Leucocytose. — de l'agonie, XXVI, 541; — passagère dans l'anémie pernicieuse, XXVI, 541.

Leucodermie — syphilitique, XXVI, 214.

Lèvre. Polyadénome des glandes — avec épithelioma sudoripare, XXVI, 457; bacilles de la tuberculose dans une ulcération de la — XXVI, 131. — R. B., XXV, 382, 775; XXVI, 777. *Voy.* vulve.

Lévulose. — dans une urine diabétique, XXVI, 34.

Lézard. Venin du — de l'Arizona, XXV, 105.

Lichen. Lésions de la muqueuse buccale dans le — plan, XXVI, 195. — R. B., XXV, 775.

Ligature. Cicatrisation de la rupture circulaire des tuniques artérielles à la suite de la — XXVI, 41, 42; modifications néoplasiques qui se produisent dans la tunique artérielle après la — XXV, 56; — de la carotide primitive pour un angiome, XXV, 301; — pour un anévrisme de la carotide primitive, XXVI, 696. — des deux carotides primitives pour anévrisme, XXV, 293; — de la carotide primitive pour des névralgies du trijumeau, XXVI, 681; observation de — de la carotide externe, XXVI, 694; — sous-cutanée de l'artère brachiale, XXV, 295; détermination des points d'émergence des artères fessière, ischiatique et honteuse interne pour la — XXVI, 3; — de l'iliaque primitive pour les hémorragies et l'anévrisme, XXV, 292, 293; — de l'artère iliaque externe, XXV, 707; histoire de la — de l'artère fémorale commune, XXV, 294; — simultanée de l'artère et de la veine fémorale pour plaie, XXVI, 698; spina bifida guéri par la — élastique, XXVI, 228. — R. B. XXV, 775.

Lipome. — R. B., XXV, 382; XXVI, 377.

Lithopédion. Étude microscopique d'un — XXV, 655.

Lithotomie. Observation de pyélo — XXV, 305. *Voy.* taille.

Lithotritie. Emploi de la cocaïne pour pratiquer la — XXVI, 289. — R. B., XXVI, 377.

Localisation. *Voy.* cerveau.

Lochie. *Voy.* accouchement.

Locomotion. Études sur la marche de l'homme au moyen de l'odographe, XXVI, 22. — R. B. XXV, 775; XXVI, 777.

Longévité. La — en Grèce, XXVI, 529.
Loupe. *Voy*. kyste.
Luette. Polype muqueux de la — XXV, 322.
Lumière. Mouvements des cônes et des cellules pigmentaires de la rétine sous l'influence de la — XXVI, 23; absence d'excitabilité de la rétine pour la — qui pénètre dans une direction anormale, XXV, 20.
Lunettes. Troubles généraux consécutifs à l'usage des — à cataractes, XXV, 743.
Lupus. Nature du — XXVI, 202, 203, 204; du carcinome — XXVI, 204; traitement du — XXVI, 203, 204; méningite tuberculeuse consécutive à un — XXVI, 641; rapports du — avec la tuberculose, XXV, 257; — du voile du palais, XXVI, 735; du — du larynx, XXVI, 315; traitement du — XXV, 257, 258; applications de créosote et de calomel dans le — XXV, 258. — R. B., XXV, 775; XXVI, 377, 777.
Luxation. Traité des — XXV, 306; diabète suite de — du rachis, XXV, 202; des — subites dans le cours du rhumatisme ou des arthrites, XXV, 703; — bilatérale en avant de la troisième vertèbre cervicale, XXV, 307; rupture de l'artère axillaire dans la — de l'épaule, XXV, 707; deux cas de — rétro-axillaire, XXV, 702; — de la seconde phalange du pouce, XXV, 704; — tarso-métatarsienne, XXV, 705; — du nerf cubital, XXV, 307; — du tendon du biceps, XXV, 705. — R. B., XXV, 382, 776; XXVI, 377, 777.
Lymphadénie. — cutanée, XXVI, 747.
Lymphadénite. — conjonctivale, XXV, 741.
Lymphangite. Néphrites aiguës infectieuses dans la — XXVI, 571; de la — dans les maladies de peau, XXV, 252.
Lymphatique. Étude des ganglions — peritrachéo laryngiens, XXV, 332; rapports qui existent entre les vaisseaux sanguins et — XXV, 6; division des noyaux et des cellules dans l'hyperplasie des ganglions — XXV, 11; altérations des vaisseaux — dans la syphilis, XXV, 264; extirpation des ganglions — du cou, XXV, 713; du traitement des ganglions — caséeux et scrofuleux, XXVI, 710, 711, 712; obstruction de la trachée par un ganglion — XXVI, 317, 745. — R. B., XXV, 382, 776; XXVI, 377, 777.
Lymphe. Formation de la — XXVI, 421; de la moelle — oïde dans les diverses maladies, XXVI, 463.
Lymphome. Traitement des — par l'arsenic à l'intérieur et en injections, XXVI, 525, 526.
Lymphorragie. — produite par des filaires, XXV, 609; — au point de vue médico-légal, XXVI, 671.

M

Main. Morphologie du carpe chez les mammifères, XXV, 407; difformité des doigts, XXVI, 475; malformation du squelette de la — XXV, 440; forme d'engourdissement et de parésie des — XXV, 195; anévrisme cirsoïde de la — XXV, 706; de la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les diabétiques, XXV, 203; du kératome de la — XXVI, 199; mal perforant de la — XXVI, 714. — R. B. XXV, 382, 776; XXVI, 378, 778.
Mal de mer. — R. B., XXV, 776.
Mal perforant. — palmaire, XXVI, 714.
Maladies professionnelles. Accidents de compression du nerf cubital chez un ouvrier occupé à ouvrager le verre, XXV, 173; névrite cubitale dans certaines professions, XXV, 176; un cas de crampe des scieurs, XXV, 173; ulcérations nasales chez les ouvriers travaillant le bichromate de potasse, XXV, 146; lésions du nez, de la gorge et de l'oreille chez les ouvriers qui préparent le bichromate de potasse, XXV, 330; variété de toxicodermie chez les plumassières, XXV, 256; eczéma des fileurs et varouleurs de lin, XXVI, 195; intoxication saturnine produite par l'empaquetage de la braise chimique, XXVI, 505; saturnisme des tisseurs, XXV, 147; empoisonnement par le sulphydrate d'ammoniaque dégagé d'un mastic de fer, XXVI, 62. — R. B., XXV, 382; XXVI, 378.
Malformation. Deux cas d'amaurose accompagnés de — crâniennes, XXV, 745; — des arcs branchiaux et des fentes branchiales, XXV, 440; de la fissure médiane congénitale de la face, XXV, 440; — de la bouche, XXV, 440; — de l'oreille, XXVI, 319; — du cœur, XXV, 440; — du squelette du carpe, XXV, 440; — des doigts et des orteils, XXVI, 475; — des membres, XXV, 440; pseudo-hermaphrodite, XXV, 448. — R. B., XXV, 382, 776; XXVI, 378, 778.
Maltose. Assimilation de la — XXV, 426.
Mamelle. Micrococcus dans le pus d'un abcès puerpéral de la — XXVI, 49; des épithéliomas de la — XXVI, 457; cancer colloïde de la — XXVI, 294; extension du cancer de la — à la suite de l'érysipèle, XXVI, 292; myxome avec dégénérescence hyaline de la — XXV, 64; tumeur fibro-kystique de la — XXVI, 457; la maladie kystique des — XXV, 304; cysticerque de la — XXV, 606; tuberculose de la — de la vache, XXVI, 481; de la cocaïne contre les gerçures de la — XXV, 481. — R. B., XXV, 383, 776; XXVI, 378, 778.
Manganèse. Elimination et résorption du — XXV, 468.
Marche. *Voy*. Locomotion.
Massage. Du — dans les affections gyné-

cologiques, XXVI, 164 ; emploi du — dans la dilatation des rétrécissements de l'urètre, XXVI, 289. — R. B., XXV, 383, 777 ; XXVI, 378, 778.

Mastoïde (apoph.). Carie de l' — suite d'otite moyenne, XXVI, 320 ; drainage de l' — XXVI, 322 ; de la résection de l' — XXVI, 322. *Voy.* oreille.

Maxillaire. Des abcès du sinus — XXV, 329 ; pathogénie des kystes — XXV, 732 ; névralgie du — inférieur guérie par la résection du bord alvéolaire, XXVI, 681. — R. B., XXV, 383, 777 ; XXVI, 378, 778.

Médecine (histoire). — R. B., XXV, 383, 777 ; XXVI, 378, 778.

Médecine légale. Traités de — XXVI, 651 ; circulaires de — XXVI, 651 ; organisation de l'enseignement et de la pratique de la — en France, XXVI, 651 ; réforme des expertises — XXVI, 651 ; les médecins doivent-ils délivrer des certificats post-mortem à produire aux compagnies d'assurances sur la vie, XXVI, 651 ; causes d'erreur dans les expertises relatives aux attentats à la pudeur, XXVI, 674 ; des tatouages, XXVI, 676 ; la — à l'île Maurice, XXVI, 657 ; criminalité en France et en Algérie, XXVI, 657 ; criminalité dans le département des Landes, XXVI, 657 ; observations de suicides ou blessures avec expertises ses, XXVI, 662 ; mort naturelle, crime ou suicide, XXVI, 663 ; des signes de la mort et des moyens de prévenir les inhumations précipitées, XXVI, 653 ; la rigidité et les taches cadavériques sont-elles toujours des signes certains de la mort, XXVI, 653 ; emphysème post-mortem, XXVI, 653 ; de la décomposition cadavérique hâtive ou foudroyante, XXVI, 653 ; signes caractéristiques de la mort par congélation, XXVI, 675 ; mort par le froid avec signes de mort par submersion, XXVI, 675 ; étude — des brûlures avec carbonisation, XXVI, 677 ; lésions des victimes de l'électricité, XXVI, 679 ; asphyxie par le gaz d'éclairage devenue mortelle par l'administration maladroite d'ammoniaque, XXVI, 663 ; mort subite pendant la durée d'une colique hépatique, XXVI, 663 ; procès-verbal de l'autopsie de Saint-Elme, XXVI, 663 ; étude de la transformation adipocireuse, XXVI, 654 ; cristaux dus à la putréfaction, XXVI, 654 ; examen de cadavres momifiés, XXVI, 654 ; recherche des taches de sperme, XXVI, 671 ; la vision des couleurs au point de vue — XXVI, 671 ; étude — des ruptures de la rate, XXVI, 671 ; étude — des épanchements séreux et sanguins, XXVI, 671. — R. B., XXV, 383, 777 ; XXVI, 379.

Médecine militaire. Morbidité et mortalité dans l'armée française en Algérie, XXV, 751 ; service de santé de l'armée russe pendant la campagne contre les Tekkès, XXV, 748 ; rapport sur la première décade d'observations météorologiques dans la garnison de Munich, XXV, 517 ; sur la protection hygiénique d'une armée en campagne, XXV, 750 ; les boissons alcooliques dans l'armée, XXV, 750 ; le pied et la chaussure du soldat allemand, XXV, 754 ; improvisation de matériel d'ambulance, XXV, 746 ; la périostite de fatigue, XXV, 750 ; lésions du cœur par coups de chaleur observés à bord du *Tourville*, XXV, 754 ; sur le coup de soleil, XXV, 750 ; sur les substances explosives d'invention moderne et sur les blessures qu'elles produisent, XXV, 752 ; quelques formes de maladies simulées chez les conscrits de Galicie, XXV, 753 ; emploi des poudres de viande dans l'alimentation du soldat, XXV, 755. — R. B., XXV, 383, 777 ; XXVI, 379, 778.

Médecine opératoire. Traité de —, XXV, 284 ; précis de —, XXVI, 219. — R. B., XXV, 777 ; XXVI, 379.

Médiastin. *Voy.* plèvre.

Médicaments. Introduction des — dans le corps par l'électricité, XXV, 497 ; étude des — employés contre la toux et l'expectoration, XXV, 135. *Voy.* pharmacologie, thérapeutique.

Mélanémie. Genèse de la —, XXVI, 534.

Mélanose. De la — lenticulaire progressive, XXVI, 638 ; des tumeurs — de la conjonctive, XXV, 740 ; sarcome — de la conjonctive, XXV, 314. — R. B., XXVI, 379.

Membres. Du développement du squelette des extrémités, XXVI, 5 ; distribution des racines motrices dans les muscles des —, XXV, 406 ; anomalies des — supérieurs, XXVI, 475 ; malformation des —, XXV, 440.

Méninge. — R. B., XXV, 383, 777 ; XXVI, 379, 779.

Méningite. Des rapports de la pneumonie, de la pleurésie, de la péricardite et de la — cérébro-spinale, XXV, 162 ; deux cas de — cérébro-spinale guéris par le bromure de potassium, XXV, 135 ; pachy — dorsale, XXV, 537 ; — tuberculeuse des enfants en bas âge, XXV, 659 ; — tuberculeuse consécutive à un lupus, XXVI, 641.

Ménopause. *Voy.* menstruation.

Menstruation. Théorie de la —, XXVI, 432 ; rapports de la température sur la —, XXV, 29 ; périodicité des divers processus vitaux dans leurs rapports avec la —, XXV, 29 ; — supplémentaire, XXVI, 160 ; des affections oculaires dans les troubles de la —, XXVI, 723 ; des cardiopathies de la ménopause, XXVI, 548 ; exanthèmes de la —, XXVI, 160 ; valeur du permanganate de potasse dans l'aménorrhée, XXVI, 161. — R. B., XXV, 383 ; XXVI, 379, 779.

Mercapturique (acide). Formation de l' — dans l'organisme et manière de le reconnaître dans l'urine, XXV, 40.

Mercure. Recherche du — dans l'urine, XXV, 37 ; action du — sur le sang chez les syphilitiques et les anémiques, XXVI, 495 ; traitement de la diphtérie par les sels de —, XXVI, 66 ; traitement du choléra par les iodures et le sulfure de —, XXV, 486 ; emploi du su-

blimé en ophtalmologie, XXV, 317 ; traitement des granulations de la conjonctive par le sublimé, XXV, 314; traitement de la kératite interstitielle par les injections de sublimé, XXV, 311; applications de calomel dans le lupus, XXV, 258; traitement de la blennorragie par les injections de sublimé, XXV, 271; injections hypodermiques de calomel dans la syphilis, XXV, 268; du pansement au sublimé, XXVI, 220; du pansement au sublimé avec la laine de bois, XXVI, 220; emploi du tannate de —, XXVI, 528.
Métallothérapie. — R. B., XXVI, 779.
Métaphosphorique. *Voy.* phosphorique.
Métastase. — ayant pour point de départ des kystes ovariques bénins, XXVI, 602.
Méthyle. Effets de l'inhalation du chlorure de —, XXVI, 503; traitement de la sciatique par le chlorure de —, XXV, 137 ; de l'iode —, XXV, 101.
Metrite. De l'endo — disséquante, XXV, 223; endo — purulente dans la grossesse, XXVI, 174. *Voy.* utérus.
Microbe. — de la rougeole, XXV, 457; — de la septicémie puerpérale, XXV, 462, 463; de la blennorragie, XXV, 269; XXVI, 215, 216, 217, 218. *Voy.* organismes inférieurs.
Micrococcus. — de la pneumonie et bacilles tuberculeux chez le même sujet, XXVI, 467.
Microphtalmie. *Voy.* œil.
Migraine. De la — ophtalmique, XXV, 195; de la — au début du tabes, XXV, 552; du salicylate de soude dans la —, XXV, 134.
Miliaire. — R. B., XXVI, 779.
Mineur. Du rôle de l'ankylostome dans l'anémie des — XXV, 608, 609. — R. B., XXVI, 379.
Moelle. De la division des cellules de la — XXVI, 462 ; trajet des fibres nerveuses dans la — XXVI, 403 ; distribution des racines motrices dans les muscles des membres, XXV, 406 ; du centre respiratoire, XXVI, 12 ; voies de conduction et centres dans la — de la grenouille, XXVI, 416; méthode de coloration de la — XXVI, 412 ; pathologie et diagnostic de la formation des espaces lacunaires dans la — XXV, 537 ; de la paralysie ascendante aiguë, XXV, 185 ; desintercalation de la substance grise de la — lombaire, XXV, 91 ; dégénérescence secondaire de la — XXV, 537 ; dégénérescence combinée des cornes antérieures et des cordons latéraux, XXV, 537 ; affection du système nerveux central sans lésions anatomiques simulant la dégénérescence grise cérébrospinale, XXV, 185 ; sclérose en plaques et maladies infectieuses, XXV, 537 ; des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la — XXV, 537 ; de la sclérose en plaques chez les enfants, XXV, 659 ; des affections oculaires et de la névrite optique dans la sclérose en plaques, XXVI, 731 ; un cas de sclérose en plaques consécutive à la diphtérie, XXVI, 144 ; sclérose de la — XXV, 536 ; troubles dépendant de la — chez les pellagreux, XXV, 692 ; affection — particulière chez les alcooliques, XXV, 272 ; spermatorrhée vraie dans la vieillesse après une lésion de la — XXV, 536 ; de l'amyotrophie progressive — XXV, 537 ; revision nosographique des atrophies musculaires progressives, XXVI, 594 ; du myoclonus multiple, XXV, 536 ; théorie nouvelle de l'ataxie, XXV, 560 ; ataxie compliquée d'affection cérébrale, XXV, 552 ; examen de la — dans 13 cas d'ataxie, XXV, 573 ; altérations des colonnes de Clarke dans l'ataxie, XXV, 566 ; du nervotabes périphérique, XXV, 565 ; du tabes spasmodique, XXV, 536 ; réaction électrique des nerfs sensitifs de la peau chez les ataxiques, XXV, 565 ; des réflexes dans l'ataxie, XXV, 560 ; accidents apoplectiformes compliquant l'ataxie, XXV, 552; troubles vertigineux dans le tabes, XXV, 553 ; des crises épileptiformes dans le cours du tabes, XXV, 552 ; de la migraine au début du tabes, XXV, 552 ; troubles visuels dans l'ataxie, XXV, 553 ; crises laryngées et viscéralgiques dans le tabes, XXV, 553 ; hémiatrophie de la langue dans le cours d'un tabes, XXV, 553 ; des crises de courbature musculaire au début de l'ataxie, XXV, 553 ; troubles vasomoteurs et sécréteurs dans l'ataxie, XXV, 565 ; des troubles trophiques dans le tabes, XXV, 561 ; des lésions osseuses et articulaires dans le tabes, XXV, 560, 561 ; des crises clitoridiennes dans le cours de l'ataxie, XXV, 553 ; de la période préataxique du tabes syphilitique, XXVI, 211 ; ataxie consécutive à la diphtérie, XXVI, 580 ; des relations du tabes dorsal avec la syphilis, XXVI, 324 ; tabes dorsal illusoire, XXV, 195 ; pseudo tabes dû à l'intoxication par le sulfure de carbone, XXVI, 61 ; tumeur de la — allongée et du pont de Varole, XXV, 528 ; curabilité et traitement du tabes, XXVI, 74 ; dangers du seigle ergoté dans l'ataxie, XXVI, 74 ; élongation nerveuse dans le tabes, XXVI, 74 ; hématomyélie consécutive à l'élongation nerveuse dans le tabes, XXV, 566 ; commotion de la — XXV, 537 ; compression de la — suite de fractures des vertèbres cervicales, guérison, XXV, 700 ; de l'abcès de la — XXVI, 467 ; hémisection de la — par coups de couteau, XXVI, 227 ; plaie du rachis avec écoulement de liquide céphalorachidien sans accidents, XXV, 700. — R. B., XXV, 384, 777 ; XXVI, 379, 779. *Voy.* ataxie.
Moelle des os. Des noyaux et de leur division dans les cellules de la — XXV, 11 ; pouvoir ostéogène de la — XXVI, 491 ; de la — lymphoïde dans les diverses maladies, XXVI, 463.
Moignon. De la conicité physiologique des — XXV, 735. *Voy.* amputation.
Molluscum. — R. B., XXVI, 380, 779.

Monoplégie. *Voy.* paralysie.
Monstre. Recherches sur la cause de quelques — XXV, 446; obs. de — XXV, 440; — xyphopage, XXV, 441; — double, XXV, 441. — R. B., XXV, 384, 778; XXVI, 779.
Morbidité. — dans l'armée française en Algérie, XXV, 751.
Morille. *Voy.* champignon.
Morphine. Transformations de la — dans l'organisme, XXV, 38; préparation de l'acide — sulfonique, XXV, 38; injections de — pour tuer le fœtus dans la grossesse extra-utérine, XXVI, 187; recherche de la — dans l'urine des morphiomanes, XXV, 438.
Morphiomanie. Recherche de la morphine dans l'urine des — XXV, 438.
Mort. Des signes de la — et des moyens de prévenir les inhumations précipitées, XXVI, 653; la rigidité et les taches cadavériques sont-elles toujours des signes certains de la — XXVI, 653; de l'embolie pulmonaire comme cause de — rapide dans la phtisie, XXVI, 138; causes de la — dans l'étranglement intestinal aigu et chronique, XXVI, 254; — subite dans la phtisie pulmonaire par pénétration de l'air dans les vaisseaux, XXVI, 137. — R. B., XXVI, 380.
Mortalité. — dans l'armée française en Algérie, XXV, 751. — R. B., XXVI, 380, 779.
Morue. *Voy.* poisson.
Morve. Autoinoculation et réinoculation de la — XXVI, 483; actinomycose simulant la — XXVI, 567. — R. B., XXV, 384, 778.
Muguet. Du — des nourrissons, XXVI, 633. *Voy.* convallaria.
Muscle. Distribution des nerfs dans les — XXVI, 408; distribution des racines motrices dans les — des membres, XXV, 406; action pseudomotrice de l'anse de Vieussens sur les — de la face, XXVI, 13; des anomalies — et de leur importance en anthropologie, XXV, 408; physiologie des — lisses, XXVI, 22; résultats thermo-chimiques de l'excitation des — XXVI, 422; sur la contraction — provoquée par une percussion du — XXVI, 21; influence du travail et de la fatigue sur l'irritabilité des — XXVI, 20; transplantation des — et régénération des fibres — XXVI, 42; résultats de la transplantation des — XXV, 89; force — chez les hémiplégiques, XXV, 574; forme juvénile de l'atrophie — progressive, XXV, 578; XXVI, 594; revision nosographique des atrophies — progressives, XXVI, 594; de la myopathie atrophique progressive, XXVI, 594; de la pseudo-hypertrophie — XXVI, 594; atrophie — hémiplégique d'origine périphérique, XXV, 574; des crises de courbature — au début de l'ataxie, XXV, 553; contraction rythmique et spasmodique de divers — dans l'hystérie, XXV, 192; convulsions — XXV, 536; contracture du splénius, XXV, 173; inflammation syphilitique des — XXV, 679; kyste hydatique du biceps huméral, XXV, 606. — R. B., XXV, 384, 778; XXVI, 380, 779.
Mycose. — pharyngée, XXV, 325; — des perroquets, XXV, 82. — R. B., XXV, 384, 778; XXVI, 380. *Voy.* actinomycose.
Mycosis du — fongoïde, XXVI, 202, 747.
Myélite. subaiguë des cornes antérieures, XXV, 537; observation de polyo- — antérieure, XXV, 574; analogie de la névrite multiple avec la polyo- — aiguë, XXV, 177; observation de méningo- — XXV, 536, 537; — chronique diffuse, XXV, 537; — syphilitique, XXV, 263. *Voy.* moelle.
Myocardite. Traitement des — chroniques par la digitale, XXVI, 517. *Voy.* cœur.
Myoclonus. — multiple, XXV, 536.
Myome. Lio — de l'épididyme, XXVI, 471. *Voy.* fibrome, utérus.
Myomotomie. *Voy.* fibrome, utérus.
Myopathie. *Voy.* muscle.
Myopie. Les progrès de la — XXV, 309. — R. B., XXVI, 380, 780.
Myriachit. Du — XXV, 283.
Myxœdème. Identité du — et du béribéri, XXVI, 159; des symptômes nerveux du — XXV, 195; obs. de — avec autopsie, XXVI, 474; atrophie des nerfs optiques dans le — XXVI, 733. — R. B., XXV, 384, 779; XXVI, 380, 780.
Myxome. — énorme de la cavité naso-pharyngienne, XXVI, 313. — de la mamelle, XXV, 64; pseudo — du péritoine, XXVI, 604.

N

Nain. Opération césarienne chez des — XXVI, 186.
Naphtaline. Action biologique de la — XXV, 474; élimination de la — par l'urine, XXVI, 520. — contre l'entérite catarrhale, XXVI, 520; désinfection de l'intestin par la — XXVI, 520; empoisonnement par la — XXVI, 506.
Naphtol. Emploi du — dans les affections cutanées, XXVI, 207.
Nègre. De l'asthme des foins chez le — XXVI, 312.
Néoplasmes. *Voy.* tumeurs.
Néphrite. La — congestive aiguë infectieuse, XXVI, 570; pathologie des — subaiguës et chroniques, XXVI, 570. — aiguës infectieuses dans la lymphangite et l'ecthyma, XXVI, 571; de la glomérulo — XXVI, 571. — artérielle, XXVI, 571; de la — diffuse, XXVI, 571; insuffisance rénale chez un malade ayant eu une — aiguë et guéri en apparence, XXVI, 571; la sensation du doigt mort dans le mal de Bright, XXVI, 571; accidents observés chez les tuberculeux brightiques sans tuberculose rénale, XXVI, 571. — diphtéritique, XXVI, 145; de la — d'origine paludique, XXVI, 571. — dans la varicelle, XXVI, 630. *Voy.* rein.

Néphrectomie. — pour une fistule de l'urétère, XXV, 639. *Voy.* rein.

Néphrotomie. Obs. de pyélolithotomie, XXV, 305.

Nerf. De la névroglie, XXV, 1; trajet intra-cranien des — optiques, XXV, 519; des ganglions intra-rocheux du — auditif, XXVI, 1; le trijumeau et sa racine bulbaire sensitive, XXVI, 413; distribution des racines motrices dans les muscles des membres, XXV, 406; distribution des — dans les muscles, XXVI, 408; structure des corpuscules — terminaux de la conjonctive et des organes génitaux, XXVI, 406; terminaisons des — dans la peau, XXV, 406; — de l'iris, XXV, 21; rapport peu connu du — récurrent gauche, XXVI, 2; innervation du cœur, XXVI, 15; — du pylore, XXV, 29; XXVI, 25; — moteurs et d'arrêt du rectum, XXV, 428; — du vagin, XXVI, 51; physiologie des — phréniques, XXV, 19; action pseudomotrice de l'anse de Vieussens sur les muscles de la face, XXVI, 13; influence du travail et de la fatigue sur l'irritabilité des — XXVI, 20; otite suivie de paralysie des — crâniens, XXVI, 319; manifestation se rattachant à l'érythropie survenant après la fatigue du — optique, XXVI, 306; atrophie héréditaire du — optique, XXVI, 733; du gliome neuroformatif et équivalence — de la névroglie, XXVI, 461; altérations des — de l'intestin dans l'anémie pernicieuse, XXVI, 542; lésions des — dans un cas d'ulcère de jambe, XXV, 449; réaction électrique des — sensitifs de la peau chez les ataxiques, XXV, 565; des altérations des — cutanés chez les ataxiques, XXV, 565; altérations du pneumogastrique qui déterminent le phénomène de Cheyne-Stokes, XXV, 59; traitement du hoquet par la compression des — phrénique et pneumogastrique, XXVI, 523; ligature de la carotide primitive pour une névralgie du — trijumeau, XXVI, 681; de la cocaïne dans la névralgie du — trijumeau, XXV, 480; arrachement du — nasal externe dans les douleurs ciliaires et la névralgie du trijumeau, XXV, 742; théorie de la compression dans la paralysie — du radial, XXV, 173; des paralysies traumatiques du — radial, XXVI, 681; paralysie — à la suite d'une injection d'éther, XXVI, 681; accidents consécutifs à la compression du — cubital chez un ouvrier employé à ouvrager la terre, XXV, 173; névrite du — cubital dans certaines professions, XXV, 176; distribution de l'anesthésie dans les cas de lésions des — du plexus brachial, XXV, 174; monoplégie brachiale avec anesthésie, XXV, 173; réflexe douloureux du — cubital dans certaines dyspepsies gastro-intestinales, XXVI, 83; luxation du — cubital, XXV, 307; plaies des — et troubles consécutifs, XXVI, 680, 681, 692; phénomènes curieux observés à la suite de section du médian, XXVI, 680; de la suture des — XXVI, 680; suture secondaire des — XXVI, 680, 692; de l'élongation sanglante et non sanglante des — XXVI, 680; élongation du facial pour un tic convulsif, XXVI, 680; élongation des branches du plexus brachial pour une trépidation épileptoïde d'origine traumatique, XXVI, 680; élongation des — intercostaux, XXVI, 681; élongation du — sciatique, XXVI, 681; élongation des — dans le tabes, XXVI, 74; hématomyélie consécutive à l'élongation des — XXV, 566; sarcome du — facial, XXVI, 681; sarcome du — sciatique, XXVI, 693; sarcome du — poplité, XXVI, 693. — R. B., XXV, 384, 779; XXVI, 381, 780.

Nerveux (système). Le centre de coordination des mouvements du ventricule, XXVI, 13; du centre respiratoire, XXVI, 12; mouvements des cônes et des cellules pigmentaires de la rétine sous l'influence du — XXVI, 23; influence du système nerveux sur la calorification, XXVI, 22; influence du — sur la rigidité cadavérique, XXV, 430; dégénérescence des cellules — XXV, 448; analyse des troubles — dans la lèpre, XXVI, 647; lésions du — par le saturnisme, XXVI, 506; origine — du rhumatisme chronique, XXVI, 591; affection du — central sans lésions anatomiques simulant la dégénérescence grise cérébro-spinale, avec remarques sur la contraction paradoxale, XXV, 185; état ou modifications du — chez les amputés, XXVI, 468, 469; traitement des maladies — par l'eau chaude, XXVI, 64.

Névralgie. Formes et traitement des — XXV, 190; signe peu connu de la sciatique, XXV, 173; des — diabétiques, XXV, 202; syphilitiques, XXV, 262; XXVI, 213; traitement de la — sciatique par le chlorure de méthyle, XXV, 137; de la cocaïne dans la — du trijumeau, XXV, 480; ligature de la carotide primitive pour une — du trijumeau, XXVI, 681; arrachement du nerf nasal externe dans la — du trijumeau, XXV, 742; élongation du sciatique pour — XXVI, 681; élongation du nerf facial pour un tic convulsif, XXVI, 680; — du maxillaire inférieur guérie par la résection du bord alvéolaire, XXVI, 681.

Névrite. De la — multiple, XXV, 177, 580; — multiple dégénérative, XXV, 177; poly — aiguë à la suite d'un purpura rhumatismal, XXV, 177; gangrène symétrique des deux pieds d'origine — XXV, 581; de la — cubitale provoquée par les contusions et compressions répétées dans l'exercice de quelques professions, XXV, 176; — périphériques chez les ataxiques, XXV, 566; — optique dans la sclerose en plaques, XXVI, 731; — optique dans le myxœdème, XXVI, 733; de la — dans le zona, XXVI, 197.

Névroglie. *Voy.* nerf.

Névroses. Des — réflexes d'origine nasale, XXVI, 738, 739; — réflexe par altération des cornets du nez, XXV, 328; — de l'estomac, XXVI, 83; parésie et

contracture des extrémités sous l'influence de l'imagination, XXV, 195; des thermo — XXVI, 601; de la pseudosclérose, XXV, 185; — électrique, XXV, 195; de la—myriachit, XXV, 283; de l'apomorphine dans les — XXV, 495; ovariotomie pour les affections — XXV, 630. — R. B., XXV, 781.

Nez. Origine et traitement de l'épistaxis, XXVI, 737; des névroses réflexes d'origine — XXVI, 738, 739; de l'asthme — XXVI, 738, 739; de l'asthme dans ses rapports avec les maladies du — XXV, 328; altérations des cornets du — comme cause de névroses réflexes, XXV, 328; toux réflexe due à des polypes du — XXV, 327, 328; du coryza vaso-moteur périodique, XXV, 328; observation d'ozène — laryngo-trachéal, XXVI, 313; nature et traitement de l'ozène, XXVI, 312; traitement du catarrhe du — et du coryza chronique par les eaux minérales, XXV, 114; ulcères du — chez les ouvriers travaillant le bichromate de potasse, XXV, 146; des ulcères du — et des perforations de la cloison chez les ouvriers qui préparent le bichromate de potasse, XXV, 330; des ulcères perforant la cloison, XXV, 330; extirpation du cornet inférieur pour remédier à la déviation de la cloison, XXVI, 310; traitement des déviations de la cloison, XXV, 331; tumeurs adénoïdes du pharynx — XXV, 319; traitement des végétations adénoïdes du pharynx — XXVI, 738; myxomes volumineux de la cavité — pharyngienne, XXVI, 313; des kystes osseux du — XXVI, 738; oblitération d'une narine par la saillie du vomer, XXVI, 311; corps étranger du — XXVI, 314; dent surnuméraire implantée dans le nez, XXV, 331; observation de rhinolithe, XXV, 330; des micro-organismes du rhino-sclérome, XXVI, 473; la cocaïne comme anesthésique local pour le — XXV, 123; de la cocaïne dans les affections du — XXV, 480; XXVI, 69; arrachement du nerf — externe dans les douleurs ciliaires et la névralgie du trijumeau, XXV, 742; autoplastie du — XXV, 326. — R. B., XXV, 385, 779; XXVI, 382, 781.

Nickel. Action des préparations de — XXVI, 58.

Nitro-benzine. Saignée suivie de transfusion dans l'empoisonnement par la — XXV, 110.

Noix vomique. Traitement du diabète par la — XXV, 213.

Nourrice. Du passage de l'arsenic dans le lait des — XXV, 102.

Nouveau-né. Influence des différents rayons colorés sur le développement et la croissance des mammifères — XXV, 20; mensuration des pieds chez les — XXV, 657; procédés pour réchauffer les — faibles ou nés avant terme, XXVI, 172; couveuse pour — XXV, 245; respiration de Cheyne Stokes chez un — XXV, 670; du muguet et de l'intertrigo des — XXVI, 633; le pansement de l'ombilic chez le — XXV, 251; siphilis hémorragique des — XXVI, 210; rupture du gros intestin du — pendant l'accouchement, XXVI, 630; étiologie et prophylaxie de l'ophtalmie des — XXVI, 726; traitement de l'ophtalmie des — par l'acide borique, XXV, 312. — R. B., XXV, 385, 780; XXVI, 382.

Nutrition. Phénomènes de — chez le fœtus, XXV, 425; quelques anomalies des échanges — dans les maladies du foie, XXVI, 99; effets de l'asparagine sur la — XXV, 426; influence de la quinine sur la — de l'organisme sain, XXV, 97. — R. B., XXVI, 382, 781.

O

Obésité. De la surcharge graisseuse du cœur dans l' — XXVI, 558; traitement de l' — XXVI, 78. — R. B., XXV, 386; XXVI, 382, 781.

Obstetrique. Valeur de l'électricité en — XXVI, 175. — R. B., XXV, 781.

Occlusion intestinale. De l' — sans obstacle mécanique, XXVI, 254; causes de la mort dans l' — chronique XXVI, 254; — par calcul biliaire, XXVI, 254; — suite d'ovariotomie, XXVI, 254; présence de bactériens et du cercomonas intestinalis dans la sérosité péritonéale de l' — XXV, 85; traitement de l' — par le courant galvanique, XXVI, 254; traitement de l'iléus par le lavage de l'estomac, XXVI, 254; laparotomie dans l' — XXVI, 255. — R. B., XXV, 386, 781, 382, 781. *Voy.* hernie, intestin, laparotomie.

Odographe. Études sur la marche de l'homme au moyen de l' — XXVI, 22.

Œdème. De l' — rhumatismal, XXVI, 590; des — traumatiques au point de vue médico-légal, XXVI, 671.

Œil. Embryologie de l' — XXVI, 405; absorption des rayons ultra violets pour les milieux de l' —, XXVI, 424; des limites périphériques du champ visuel, XXV, 308; de l'amplitude de convergence, XXVI, 722; aire visuelle du cerveau déterminée par l'étude de l'hémianopsie, XXV, 581; de la migraine ophtalmique, XXV, 195; vertige — XXV, 310; coloboma temporal de la papille, XXVI, 734; atrophie héréditaire du nerf optique, XXVI, 733; atrophie du nerf optique dans le myxœdème, XXVI, 733; transmission par hérédité de microphtalmie double, XXV, 316; panophtalmite tardive après une opération de cataracte, XXV, 743; inflammation de la bourse celluleuse rétro — d'origine rhumatismale, XXVI, 739; étiologie et prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés, XXV, 312; XXV, 726; état du fond de l' — chez les aliénés, XXV, 280; des troubles — chez les alcooliques, XXVI, 730; des affections — dans la sclérose en plaques, XXVI, 731; troubles — dans le tabes, XXV, 553; ophtalmoplégie dans le tabes

XXV, 553; sur les affections rhumatismales de l' —, XXV, 310; paralysie externe double — à la suite de la diphtérie, XXVI, 580; des affections — dans les troubles de la menstruation, XXVI, 723; des lésions — dans le goitre exophtalmique, XXVI, 723; des affections — liées à la goutte, XXV, 737; de la persistance du scotome scintillant, XXV, 744; tuberculose de l' —, XXV, 742, 743; XXVI, 308; du diagnostic du sarcome —, XXVI, 308; anophtalmie congénitale avec kyste de la paupière, XXVI, 723; kystes dermoïdes de l' —, XXVI, 725; traitement de l'insuffisance des droits internes par la ténotomie partielle, XXV, 309; des opérations qui se pratiquent dans un but d'esthétique sur les — perdus, difformes et douloureux, XXVI, 299; de l'énucléation et de l'exentération de l' —, XXVI, 299; de l'anesthésie pour les opérations sur l' —, XXVI, 298; effets anesthésiques de la cocaïne sur l' —, XXV, 116, 120, 123, 480, 485; de la cocaïne dans la pratique des maladies des —, XXVI, 68, 69; la cocaïne combinée à l'atropine dans le traitement des maladies de l' — XXVI, 69. — R. B., XXV, 386, 781; XXVI, 383, 782.

Œsophage. Forme rare de diverticule —, XXVI, 470; auscultation des bruits — pendant la déglutition, XXVI, 124; tuberculose de l' — XXV, 61; ulcère perforant de l' — chez un enfant, XXVI, 634; perforation de l' — dans le cours d'une phtisie laryngée, XXV, 337; corps étranger de l' — amenant une paralysie des cordes vocales, XXV, 337; rétrécissement syphilitique de l' — XXV, 680; gastrostomie pour rétrécissements cicatriciels et cancer de l' — XXVI, 229. — R. B., XXV, 387, 783; XXVI, 383, 783. — *Voy.* gastrostomie.

Œsophagotomie. Obs. d' — XXVI, 229; — pour corps étrangers, XXVI, 229.

Œuf. Fécondation de l' —, XXVI, 29; recherches sur la maturation de l' — XXV, 30; propriété électro-motrice de l' — de poule soumis à l'incubation, XXV, 425; du rôle physiologique du retournement des — pendant l'incubation, XXVI, 29; — R. B., XXVI, 384. *Voy.* embryon.

Olfaction. Sensation — produite par l'électricité, XXV, 421.

Ombilic. Le pansement de l' — chez le nouveau-né, XXV, 251; des tumeurs congénitales de l' — et en particulier des tumeurs adénoïdes diverticulaires, XXVI, 271; granulome de l' —, XXVI, 272; kystes sébacés de l' — XXVI, 272; pathogénie des fistules —, XXVI, 279; traitement de la hernie — étranglée, XXVI, 247.

Omoplate. Anatomie et physiologie de la cavité glénoïde de l' — XXVI, 410.

Ongle. Dystrophie et chute des — chez les ataxiques, XXV, 561.

Onyxis. De l' — congénital et de l' — diathésique, XXV, 257.

Oophorectomie. *Voy.* ovariotomie.

Ophtalmie. De l' — par le jéquirity, XXV, 312; XXVI, 728, 730; le jéquirity dans l' — granuleuse, XXVI, 300; rapport des bacilles avec l'— jéquiritique, XXVI, 299; étiologie et prophylaxie de l' — des nouveau-nés, XXVI, 726; traitement de l' — des nouveau-nés par l'acide borique, XXV, 312; traitement de l' — purulente par l'acide phénique, XXV, 312; traitement de l' — granuleuse par l'incision du cul-de-sac conjonctival, XXV, 312; traitement de l' — sympathique, XXV, 316. — *Voy.* œil.

Ophtalmologie. Emploi des antiseptiques en particulier du sublimé, en — XXV, 317; de la valeur de l'iodoforme en — XXV, 318.

Ophtalmoplégie. — externe dans un cas de maladie de Graves, XXV, 195.

Ophtalmoscope. Diagnostic des complications cerébrales des maladies de l'oreille par l' — XXV, 342.

Opium. Effets physiologiques de l' — des fumeurs, XXVI, 57.

Optique. Trajet des fibres — dans le cerveau, XXV, 519; manifestation se rattachant à l'érythropie survenant après la fatigue du nerf — XXVI, 306; névrite — dans le myxœdème, XXVI, 733; atrophie héréditaire du nerf — XXVI, 733; névrite — dans la sclérose en plaques, XXVI, 731.

Orbite. Tumeur pulsatile de l' — XXVI, 299; anévrisme intra — XXV, 738; tumeur ostéoïde de l' — XXVI, 724; exostose — XXVI, 715. — R. B., XXV, 387, 782; XXVI, 784.

Oreille. Anatomie de l'— XXVI, 9; des ganglions intra-rocheux du nerf auditif, XXVI, 1; poids des osselets de l' — XXV, 414; point d'ossification de la trompe d'Eustache, XXVI, 9; malformation de l' — avec intégrité du labyrinthe, XXVI, 319; diagnostic des complications cérébrales des maladies de l' — par l'ophtalmoscope, XXV, 342; des hallucinations de l'ouïe et de la fausse audition dues à l'autophonie dans les maladies de l'— XXV, 339; affections de l' — chez les ouvriers employés dans les fabriques de bichromate, XXV, 330; relations des affections de l' — avec l'épilepsie, XXV, 279; de l'influence des irritations de la sphère génitale sur l'organe de l' — XXV, 340; troubles — dans le rhumatisme blennorragique, XXVI, 321; des affections de l' — suite d'oreillons, XXVI, 319; lésions de l' — dans la syphilis, XXV, 264; relations entre les maladies de l' — et celles du rein, XXV, 342; traitement du rétrécissement de la trompe d'Eustache par l'électrolyse, XXVI, 323; psychoses liées aux affections de l' — XXV, 340; cicatrice manométrique de la membrane tympanique, XXV, 343; des brides scléreuses intra — XXVI, 414; traitement de l'immobilité de la chaîne des osselets, XXVI, 320; os du labyrinthe expulsé à l'état de séquestre, XXVI, 746; détachement partiel du pavillon de l' — XXVI, 322;

de la résection de l'apophyse mastoïde, XXVI, 322; structure des polypes de l' — XXVI, 321; des exostoses de l' — XXVI, 323. — R. B.; XXV, 387, 782; XXVI, 384, 784.

Oreillon. Le microbe des — XXVI, 48; pseudo-rhumatisme des — XXVI, 591; de la surdité, suite d'— XXVI, 319. — R. B., XXV, 387, 782; XXVI, 384, 784.

Organismes inférieurs. Variétés des spirilles, XXVI, 490; du rôle des leucocytes par rapport aux bactéries pathogènes, XXV, 69; action de la chaleur et de la dessiccation sur les — XXV, 65; coloration spéciale des schizomycètes, XXV, 49; les bactéries du foin et leur action sur l'organisme animal, XXV, 73; présence de bactéries dans les tissus sains, XXV, 65; le courant d'air d'expiration entraîne-t-il des bactéries? XXV, 72; action des germes infectieux dans le canal intestinal, XXV, 65; bacille du charbon, XXV, 73; bactérie du charbon, XXV, 73, 78; méthode de coloration des bacilles tuberculeux, XXVI, 482; nouveau procédé de culture des bacilles tuberculeux, XXVI, 132; action de la digestion artificielle, de la cuisson, du chauffage sur le bacille de la tuberculose, XXVI, 132; du micro — de la tuberculose zoogloéique, XXVI, 482; valeur diagnostique du bacille de la tuberculose, XXVI, 477; des bacilles tuberculeux dans le sang, XXVI, 131; recherche du bacille dans la tuberculose calcifiée, XXVI, 132; variations de nombre des bacilles dans les crachats des tuberculeux, XXVI, 132; bacilles tuberculeux dans le pus des abcès, XXVI, 131; bacilles de la tuberculose dans des ulcérations du périnée, du vagin et de la lèvre inférieure, XXVI, 131; bacilles de la tuberculose dans l'otite suppurée, XXVI, 320; gommes scrofulo-tuberculeuses sans bacilles ni zooglées visibles ayant reproduit par inoculation la tuberculose bacillaire, XXVI, 132; action des antiseptiques sur le microbe de la tuberculose, XXVI, 125; bacilles de la tuberculose et micrococcus de la pneumonie chez le même sujet, XXVI, 467; micro — de la coqueluche, XXV, 662; micrococcus de la pneumonie, XXV, 88; XXVI, 46, 47; presence du micrococcus pneumonique dans la broncho-pneumonie de la rougeole, XXVI, 47; microbe de la rougeole, XXV, 457; micrococcus de la grippe, XXVI, 144; micrococcus de l'endocardite infectieuse, XXV, 88; passage des microbes pathogènes de la mère au fœtus, XXVI, 46; les lochies et les — XXV, 649; microbe de la septicémie puerpérale, XXV, 462, 463; micro — du lait dans l'état puerpéral, XXVI, 490; bactéries des sécrétions puerpérales, XXV, 80; micrococcus dans le pus d'un abcès puerpéral de la mamelle, XXVI, 49; microbe de la suppuration, XXVI, 45; des micro organismes des abcès et phlegmons du tissu cellulaire, XXVI, 486; élément virulent de la septicémie gangréneuse, XXVI, 44, 45; le micro — de la pyohémie, XXV, 78; micro — de l'ostéomyélite infectieuse, XXVI, 488; bactérie de l'ostéomyélite et de l'anthrax; XXVI, 45; — des arthrites métastatiques infectieuses, XXVI, 486; bactéries dans la dacryocystite et l'ulcère de la cornée, XXVI, 303; bacille du jéquirity, XXV, 82; XXVI, 48, 299, 728, 730; rapports des bacilles avec l'ophtalmie jéquiritique, XXVI, 299; le microbe des oreillons, XXVI, 48; du microbe de la diphtérie, XXVI, 580; le microbe de la fièvre jaune, XXVI, 49; le microbe du choléra, XXV, 582, 583; des micro — du rhinosclérome, XXVI, 473; bacille de la lèpre, XXV, 259; des micro — du vaccin, XXV, 621; microbe de la blennorragie, XXV, 269; XXVI, 215, 216, 217, 218; le bacille de la syphilis, XXVI, 208; présence de bactériens et du cercomonas intestinalis dans la sérosité péritonéale de la hernie étranglée et de l'occlusion intestinale, XXV, 85; — végétaux qui se trouvent dans les selles normales, XXV, 85; bactéries des matières fécales, XXV, 87; XXVI, 491; bactéries du rouget des porcs, XXV, 82; vaccination du rouget des porcs, XXV, 82. — R. B., XXV, 387, 782; XXVI, 384, 784.

Organisme. De l'unité organique, XXV, 7.

Orthopédie. R. B., XXVI, 385.

Os. Variétés chirurgicales du tissu — XXV, 453; développement des — des extrémités, XXVI, 5; poids des osselets de l'oreille, XXV, 414; troisième condyle occipital, XXVI, 7; du sillon supra-frontal, XXVI, 7; anatomie et physiologie de la cavité glénoïde de l'omoplate, XXVI, 410; le col du fémur, XXVI, 409; pouvoir ostéogène de la moelle des — XXVI, 492; malformations des — du carpe, XXV, 440; atrophie partielle des — du crâne à la suite d'une blessure, XXV, 695; fracture de l' — hyoïde, XXVI, 663; des décollements épyphysaires du fémur, XXV, 702; variété d'exostose de l'humérus, XXVI, 296; syphilis des — XXV, 681. — R. B, XXV, 388, 783; XXVI, 385, 784. *Voy.* fracture, résection.

Ossification. — de la paroi d'un kyste de l'ovaire, XXVI, 603; — de la choroïde, XXVI, 305.

Ostéite. — du tabes, XXV, 560, 561.

Ostéoclasie. — manuelle pour le redressement du genu valgum, XXV, 307.

Ostéome. Tumeur ostéoïde de l'orbite, XXVI, 724.

Ostéomyélite. Nature de l' — infectieuse, XXVI, 488; bactérie de l' — XXVI, 45; — gommeuse, XXV, 681.

Otite. Influence de l' — moyenne sur la respiration, XXV, 342; — suivie de paralysie des nerfs craniens, XXVI, 319; — suivie de carie de l'apophyse mastoïde, XXVI, 320; bacilles tuberculeux dans l' — suppurée, XXVI, 320; obs. d' — desquamative, XXV, 343. *Voy.* oreille.

Ouate. Du pansement — XXVI, 220.
Ovaire. L'ovule type de l'unité organique, XXV, 7; développement du corps jaune, XXV, 412; anatomie de l' — dans la grossesse, XXV, 8; diagnostic chimique des liquides — XXVI, 602; kyste de l' — et grossesse, XXVI, 603; kyste — à contenu huileux, XXVI, 603; des kystes de l' — intra-ligamenteux, XXVI, 602; métastases ayant pour point de départ des kystes — bénins, XXVI, 602; ossification de la paroi d'un kyste — XXVI, 603; tuberculose de la poche d'un kyste — XXVI, 603; hernie de l' — chez une enfant, XXVI, 635; arrachement des — XXVI, 602; iodisme aigu à la suite d'une injection iodée dans un kyste de l' — XXVI, 603; de l'ablation des — ses indications, XXVI, 169; ablation des — dans le traitement des fibromes utérins et des ménorragies, XXVI, 612; traitement et récidive des kystes para — XXVI, 603. — R. B., XXV, 388, 783; XXVI, 385, 785.
Ovariotomie. De l' —, ses indications, XXVI, 169; obs. d' — XXVI, 602, 603; du péritonisme envisagé comme indication de l' — XXVI, 602; occlusion intestinale suite d' — XXVI, 254; folie à la suite de l' — XXVI, 613; — chez l'enfant, XXV, 675; — chez une enfant de 20 mois, XXVI, 635; — pour les affections nerveuses et psychiques, XXV, 630; effets de l' — chez une hystérique, XXV, 630; hystérotomie — chez une hystérique, XXV, 630; — pour un cas de dysménorrhée, XXV, 630; — dans les cas de salpingite avec hydropisie, XXVI, 622; de l' — comme moyen de traitement des fibromes utérins, XXV, 227; — pour les fibromes utérins, XXV, 630; de l' — dans le traitement des fibromes utérins et des ménorragies, XXVI, 612; suture de la base de la tumeur avec la paroi abdominale, XXVI, 602.
Oxalurie. De l' — XXV, 620.
Oxybutyrique (acide). — dans les urines des diabétiques, XXV, 202.
Oxydation. Influence des variations de la composition de l'air sur les phénomènes d' — XXV, 423.
Oxygène. Proportion d' — de la méthémoglobine, XXV, 45; de l'absorption d' — dans l'atmosphère sur — XXV, 25, 423; influence de la richesse de l'air en — sur les phénomènes de respiration et d'oxydation, XXV, 423; quantité d' — nécessaire aux helminthes intestinaux, XXV, 608; valeur thérapeutique de l' — XXV, 99.
Ozène. Nature et traitement de l' — XXVI, 312; — naso-laryngo-trachéal, XXVI, 313. *Voy.* nez.
Ozone. Valeur thérapeutique de l' — XXV, 99.

P

Pachyméningite. *Voy.* méningite.
Pain. Falsification du — XXV, 499; effets de l'ingestion du — moisi, XXV, 499.
Palais. De l'âge auquel on doit pratiquer les restaurations du — XXVI, 734; division congénitale du voile du — XXV, 446; guérison spontanée d'une division de la voûte — XXV, 321; de l'adhérence complète du voile du — au pharynx, XXV, 324; diagnostic des tumeurs de la voûte — XXVI, 226; lupus du voile du — XXVI, 735. — R. B., XXV, 388, 784; XXVI, 385, 785.
Panaris. Parésie analgésique à — des extrémités supérieures, XXVI, 158.
Pancréas. Action du suc — XXVI, 31; lésions du — dans le diabète, XXV, 203, — R. B., XXV, 388, 784; XXVI, 385, 786.
Panophtalmite. *Voy.* œil.
Pannus. Traitement du — sans jéquirity, XXVI, 300.
Pansement. Résultats des — antiseptiques, XXVI, 220; principe des — secs, XXVI, 220; du — ouaté, XXVI, 220; résultats du — à l'iodoforme, XXVI, 225; — au sublimé, XXVI, 220; valeur des divers agents de — XXVI, 220; — au sublimé avec la laine de bois, XXVI, 220; — des ulcères vénériens au sous-nitrate de bismuth et à l'oxyde de zinc, XXV, 268; paralysie vésicale consécutive aux — phéniqués, XXVI, 291; le — de l'ombilic chez le nouveau-né, XXV, 251. — R.B., XXV, 388, 784; XXVI, 386, 786.
Papaya, papayotine. Ferment peptonisant du — XXVI, 429; action de la — XXVI, 501.
Papillome. R. B., XXVI, 786.
Parachinanisol. *Voy.* chinoline, thalline.
Paraldéhyde. Action et mode d'emploi de la — XXV, 471; XXVI, 501.
Paralysie. De la — ascendante aiguë, XXV, 185; des — atrophiques progressives, XXV, 177; — douloureuse aiguë, XXV, 195; — la bioglosso laryngée d'origine cérébrale, XXV, 518; observation de — pseudo-hypertrophique, XXV, 185; relation des monoplégies des membres inférieurs avec les lésions du lobule paracentral, XXV, 518; monoplégie brachiale avec anesthésie, XXV, 173; otite suivie de — des nerfs crâniens, XXVI, 319; — par flexion angulaire du rachis guérie par la trépanation, XXV, 306; des — par suggestion, XXV, 283; — hystériques chez les enfants, XXV, 660; — cérébrale infantile, XXV, 657; — alcoolique, XXV, 693; — dans l'asphyxie par la vapeur de charbon, XXV, 110; de la paraplégie périphérique, XXV, 177; — d'origine périphérique, XXV, 574; théorie de la compression de la — radiale, XXV, 173; — traumatiques du radial, XXVI, 681; — nerveuse suite d'injection sous-cutanée d'éther, XXVI, 681; — laryngées d'origine saturnine, XXVI, 743; — récidivée des cricoaryténoïdiens postérieurs pendant la grossesse, XXVI, 744; corps étranger de l'œsophage amenant une — des cordes vocales, XXV, 337; — consécutives à la diphtérie, XXVI, 145, 580; examen de la moelle dans la — diphtéritique, XXVI, 153; — externe

oculaire double à la suite de la diphtérie, XXVI, 580; — vésicale consécutive à des pansements phéniqués, XXVI, 271. — R. B., XXV, 389, 784; XXVI, 386, 786.
Paralysie agitante. — apparaissant à la suite d'une hémiplégie, XXV, 185.
Paralysie générale. Anatomie pathologique de la — XXV, 687; cas de — chez une enfant de 15 ans, XXV, 689; rapports de la syphilis avec la — XXV, 282.
Parasites. — dans la gorge, XXVI, 309; sur les — de la peau, XXVI, 201; — de la sueur, XXVI, 202.
Paraxanthine. *Voy.* Xanthine.
Parésie. — analgésique à panaris des extrémités supérieures, XXVI, 158.
Parole. Les troubles de la — XXV, 690.
Parotide. Ligature de la carotide primitive pour un angiome — XXV, 301; traitement des fistules — par les injections graisseuses, XXV, 732; kyste hydatique de la — XXV, 732. — R. B., XXV, 784.
Parotidite. — chronique saturnine, XXVI, 602.
Pathologie. Leçons de — XXVI, 79; traité de — générale, XXV, 160; traité de — externe, XXVI, 219. — R. B., XXV, 389, 784; XXVI, 386, 786.
Paupière. Anatomie pathologique du chalazion, XXV, 740; kyste de la — XXVI, 723. — R. B., XXV, 389, 785; XXVI, 386, 786.
Peau. Terminaisons des nerfs dans la — XXV, 406; capacité d'absorption de la — pour les liquides pulvérisés, XXV, 474; de la lymphangite dans les maladies de — XXV, 252; albuminurie dans les maladies de la — XXVI, 571; lésions de la — chez les ataxiques, XXV, 561; tuberculose de la — XXV, 60; réaction électrique des nerfs sensitifs de la — chez les ataxiques, XXV, 565; altération histologique de la — dans la rougeole et dans la scarlatine, XXVI, 598; variétés de périfolliculites suppurées et conglomérées en placards, XXVI, 639; des gommes de la — XXV, 267; gangrène cachectique — chez l'enfant, XXV, 672; dégénérescence sénile de la — chez un jeune homme, XXVI, 637; atrophie idiopathique de la — XXVI, 637; influence des verrues sur le développement des épithéliomas — XXVI, 457; tophus de la — dans un cas de goutte chronique, XXV, 619; ascarides sous la — XXV, 608; sur les parasites de la — XXVI, 201; du mycosis fongoïde et de la lymphadénie — XXVI, 747; absorption des substances médicamenteuses par la — XXV, 95; action de la cocaïne sur la — XXV, 476; la cocaïne dans les maladies de la — XXVI, 69; des savons médicinaux, XXVI, 648; emploi de la rina cantina dans les affections de la — XXVI, 648; emploi du naphtol dans les maladies de la — XXVI, 207; de l'acide chrysophanique dans les maladies de la — XXV, 260. — R. B., XXV, 785; XXVI, 387, 785.
Pellagre. Désordres de la moelle chez les — XXV, 692. — R. B., XXVI, 787.
Pelletiérine. Etude de la — XXVI, 52.
Pelvimétrie. De la — XXVI, 178. *Voy.* bassin.
Pemphigus. Du — épidémique, XXVI, 198; du — aigu, XXV, 255; du — chez les hystériques, XXV, 256; rapports du — conjonctival avec la rétraction de la cornée, XXV, 741; — suite de rougeole, XXV, 664; — syphilitique, XXV, 682. — R. B., XXV, 387.
Pénis. — R. B., XXV, 389, 785; XXVI, 387, 787.
Pepsine, ogénie. Du contenu en — du suc gastrique à l'état normal et pathologique, XXVI, 31; présence de la — dans l'urine, XXVI, 445; — dans le traitement du diabète, XXV, 212; XXVI, 77; pepsinogénie chez l'homme, XXVI, 26.
Peptones. Physiologie des — XXVI, 440; principe constituant du noyau cellulaire analogue à la — XXV, 434; de la pro — XXVI, 440; — du lait, XXV, 46; réaction de la — avec l'acide diazobenzolsulfonique, XXV, 38; étude de la — isation, XXV, 432; traitement de la dyspepsie par les — XXVI, 77; — dans le traitement du diabète, XXVI, 77.
Peptonurie. De la — XXVI, 125, 441, 571; de la — et de la pro — XXV, 91; de la — puerpérale, XXVI, 173.
Perchlorure. Injections de — de fer pour un fibrome utérin, XXV, 232.
Péricarde. Plaie pénétrante du — par une balle de revolver, XXVI, 543; de la ponction et de l'incision du — XXVI, 453. — R. B., XXVI, 787.
Péricardite. Du pouls paradoxal dans la — sans médiastinite, XXVI, 543; conditions d'apparition et valeur diagnostique du collapsus veineux diastolique, XXVI, 543; — suite d'adénopathie bronchique tuberculeuse, XXVI, 543; des rapports de la — et de la méningite cérébro-spinale, XXV, 162; — purulente suivie de pyémie, XXVI, 543; — purulente traitée par l'ouverture du péricarde, XXVI, 543.
Périnée. Des avantages de l'incision unilatérale comme moyen de protection du — XXVI, 178; de la rupture du — pendant l'accouchement, XXV, 652; bacilles de la tuberculose dans une ulcération du — XXVI, 131. — R. B., XXV, 389, 785; XXVI, 787.
Périnéorraphie. De la — XXV, 628.
Périoste. Des amputations sous — XXVI, 714.
Périostite. De la — de fatigue, XXV, 750; — consécutives à la fièvre typhoïde, XXVI, 297.
Péritoine. Actinomycose du — XXVI, 570; épanchement chyliforme du — XXVI, 158; virulence tuberculeuse de certains épanchements du — XXVI, 126; tuberculose — pleurale subaiguë, XXVI, 138; cirrhose du foie et tuberculose du — XXVI, 115; de l'hématome sous — XXV; 225; pseudo-myxome du — XXVI, 604, transfusion du sang dans le — XXV, 235; résection du — pariétal dans l'ablation des tumeurs de la paroi abdomi-

nale, XXVI, 720; de la toilette du — après la laparotomie, XXVI, 169. — R. B., XXV, 389, 785; XXVI, 387, 787.
Péritonisme. Du — envisagé comme indication de l'ovariotomie, XXVI, 602.
Péritonite. Actinomycose simulant une pelvi— suppurée, XXVI, 567; thrombose de la veine porte par compression dans le cours d'une — tuberculeuse, XXVI, 115; traitement de la — par la laparotomie, XXVI, 264.
Permanganate. — de potasse dans l'aménorrhée, XXVI, 161, 223.
Pétrole. Empoisonnement par le — XXVI, 504.
Phagocyte. Des — mésodermiques, XXV, 69.
Pharmacologie. Traité de — XXVI, 507. — R. B., XXV, 389, 785; XXVI, 387, 787.
Pharynx. — des sourds-muets, XXV, 325; de l'adhérence complète du voile du palais au — XXV, 324; mycose — XXV, 325; tuberculose du — XXVI, 736; tumeurs adénoïdes du — nasal, XXV, 319; traitement des végétations adénoïdes du — nasal, XXVI, 738; polype pileux du — XXVI, 309; myxomes volumineux de la cavité naso — XXVI, 313; larves de mouches dans le — XXVI, 309; des rétrécissements syphilitiques du — XXV, 322; la cocaïne comme anesthésique local pour le — XXV, 123; du traitement des maladies du— XXVI, 314. — R. B., XXV, 786.
Phénaciturique (acide) — dans l'urine du cheval, XXVI, 36.
Phénique (acide). Valeur du spray — dans les opérations sur l'abdomen, XXVI, 168; emploi des lavements — XXV, 132; lavements à l' — dans la dysentérie, XXVI, 79; traitement de la fièvre intermittente par les injections d' — XXVI, 535; traitement de l'ophtalmie purulente par l' — XXV, 312; empoisonnement par l' — XXVI, 505; paralysie vésicale consécutive à des pansements — XXVI, 291. *Voy*. pharmacologie.
Phlébite. Un cas de — rhumatismale, XXVI, 591.
Phlegmon. Microorganismes des — du tissu cellulaire, XXVI, 486; — causé par la filaire, XXV, 609; obs. de gastrite — XXVI, 94. —R. B., XXVI, 788.
Phonation. *Voy*. voix.
Phosphate. — R. B., XXV, 390.
Phosphore. Action du — sur le fœtus, XXV, 464; du — dans le rachitisme, XXV, 498; empoisonnement par le — XXV, 475.
Phosphorique (acide). Élimination de l' — chez l'homme sain et chez l'aliéné, XXV, 687; recherche de l'albumine dans l'urine par l'acide méta — XXV, 35.
Phrénique. *Voy*. diaphragme, nerf.
Phtisie. Températures locales dans la — pulmonaire, XXVI, 138; excrétion de sels calcaires par l'urine dans la — pulmonaire, XXVI, 138; rapports de la — et de l'albuminurie, XXVI, 138; anévrisme de l'artère pulmonaire chez un — XXVI, 138; de l'embolie pulmonaire comme cause de mort rapide dans la — XXVI, 138; mort dans la — pulmonaire par pénétration de l'air dans les vaisseaux, XXVI, 137; pleurésie tuberculeuse — d'emblée, XXVI, 138; sur la guérison du pneumothorax chez les — XXVI, 138; — syphilitique, XXV, 262, 263; — laryngée, XXV, 337; de l'agaricine contre les sueurs nocturnes des — XXV, 133; emploi de l'antipyrine dans la — XXVI, 511, 512, 513; emploi de la kairine dans la — XXVI, 510. *Voy*. tuberculose.
Physiologie. — R. B., XXV, 786; XXVI, 388, 788.
Phytostérine. Propriétés de la — XXV, 46.
Pied. Circulation veineuse du — XXVI, 4; mensuration des — chez les nouveau-nés, XXV, 657; — du soldat allemand, XXV, 754; difformités des orteils, XXVI, 475; orteil à marteau, XXVI, 295; gangrène symétrique des deux — d'origine névritique, XXV, 581; du — tabétique, XXV, 561; du kératome, du — XXVI, 199; de la résection ostéoplastique du — XXVI, 296. — R. B., XXV, 390, 786; XXVI, 388, 787.
Pied bot. Du — transversal antérieur, XXVI, 295; orteil à marteau, XXVI, 295.
Pigment. Du — du cheveu, XXV, 410.
Pilocarpine. *Voy*. jaborandi.
Pipéridine. Influence de la — sur les contractions vaginales, XXVI, 51.
Piscidia. Action et propriétés thérapeutiques du — erythrina, XXV, 494.
Placenta. Les anastomoses des vaisseaux — dans les grossesses gémellaires, XXVI, 5; l'infarctus blanc du — XXVI, 470; perforation de l'utérus par un polype — XXVI, 166. — R. B. XXV, 390, 786; XXVI, 388, 788.
Plaies. — produites par les substances explosives modernes, XXV, 752; — du cœur, XXVI, 558, 694; — de l'artère et de la veine fémorales, ligature des deux vaisseaux, XXVI, 698; — de l'estomac, suture, XXVI, 229. — R. B., XXV, 390, 786; XXVI, 788.
Plaies par armes à feu. — du péricarde, XXVI, 543; — du cœur, XXVI, 694; des fractures du crâne par — XXV, 694, 695; — de l'abdomen, XXVI, 246; laparotomie pour — de l'intestin, XXVI, 246.
Plâtrage. — des vins, XXV, 151.
Pleurésie. Des rapports de la — et de la méningite cérébro-spinale, XXV, 162; — tuberculeuse phtisiogène d'emblée, XXVI, 138; traitement de la — purulente chez l'enfant, XXV, 663; de la ponction exploratrice au point de vue du diagnostic et du traitement des exsudats — XXV, 714; la thoracentèse suivie d'injections d'air purifié dans la — purulente, XXV, 714; du meilleur mode de traitement de la — purulente, XXV, 722; la pleurotomie antiseptique avec un seul lavage, XXV, 722; l'opération de l'empyème dans la — purulente, XXV, 714, 722; la résection des côtes dans la — purulente chronique, XXV, 714, 722.

Pleurotomie. La — antiseptique avec un seul lavage, XXV, 722.
Plèvre. Virulence tuberculeuse de certains épanchements de la — XXVI, 126; tuberculose péritonéo — subaiguë, XXVI, 138; myxosarcome de la — XXVI, 634; transfusion du sang dans la — XXV, 285; extraction d'un tube à drainage tombé dans la — XXV, 714; ablation d'une tumeur du médiastin, XXV, 706. — R. B., XXV, 391, 787; XXVI, 388, 788.
Plomb. Action de l'acétate de — sur le glucose et la lactose, XXVI, 449; le — et les eaux potables, XXV, 147; observation de saturnisme produit par des grains de — XXV, 147; danger des cosmétiques aux sels de — XXV, 147. *Voy.* empoisonnement, saturnisme.
Pneumaturie. De la — XXVI, 285.
Pneumogastrique. Désordres du côté du — dans le tabes, XXV, 553; crises laryngées et viscérales dans le tabes, XXV, 553. *Voy.* nerf.
Pneumonie. De la — traumatique par contusion, XXV, 161; des rapports de la — de la pleurésie et de la méningite cérébro-spinale, XXV, 162; de l'induration du poumon consécutive à la — fibrineuse, XXV, 162; de la — disséquante, XXV, 161; sur le déclin de la fièvre dans la — XXV, 161; expectoration singulière dans une — franche, XXV, 161; — subaiguë et chronique, XXV, 161; variations horaires diurnes et nocturnes de la température dans la — XXVI, 157; des spirales dans les sécrétions de la — XXVI, 466; inoculation de la — croupale aiguë, XXVI, 46; micrococcus de la — XXV, 88; XXVI, 46, 47; bacilles tuberculeux et micrococcus — chez le même sujet, XXVI, 467; de la broncho — dans la diphtérie, XXVI, 580; traitement de la — hyperthermique par les bains froids, XXV, 162; traitement de la — par le jaborandi et la pilocarpine, XXVI, 72, 73; de l'antipyrine dans la — XXVI, 71.
Pneumothorax. Diagnostic, formes du — XXV, 167; bruit de glouglou dans certains cas de — XXV, 167; simulation de — par des gaz intestinaux, XXVI, 138; sur la guérison du — chez les phtisiques, XXVI, 138.
Pneumotomie. De la — XXV, 297.
Poids. — du corps, XXVI, 435; modifications du — du corps après les attaques d'épilepsie, XXV, 277.
Poison. Signification du groupe hydroxyle dans quelques — XXV, 38.
Poisson. Appareil à venin de la vive, XXV, 12; ptomaïnes des — XXVI, 451; champignon toxique de la morue sèche, XXV, 502; empoisonnement par les conserves de — XXV, 501.
Poivre. Falsification du — XXV, 499.
Polarimètre. Détermination quantitative du sucre de diabète par le — XXV, 437.
Poliencéphalite. *Voy.* cerveau.
Polype. — pileux du pharynx, XXVI, 309; — muqueux de la luette, XXV, 322; toux réflexe due à des — du nez, XXV, 327, 328; structure des — de l'oreille, XXVI, 321; perforation de l'utérus par un — placentaire, XXVI, 166; extirpation d'une tumeur — de la vessie, XXVI, 281. *Voy.* divers organes.
Ponction. La — exploratrice au point de vue du diagnostic des exsudats pleurétiques, XXV, 714.
Porc. Composition chimique de l'urine du — XXV, 37; la vaccination du rouget des — à l'aide du virus mortel atténué de cette maladie, XXV, 82.
Potasse. De l'accumulation des sels de — dans le sérum pendant l'attaque d'éclampsie, XXVI, 571.
Poule. Incubation des œufs d'une — atteinte du choléra des — XXV, 82; épithélioma contagieux des — XXV, 451.
Pouls. Anomalie du — veineux rétinien, XXV, 315; étude du — veineux, XXVI, 553; du — paradoxal dans la péricardite, XXVI, 543; de la valeur de l'absence du — radial comme signe diagnostique des anévrismes latents de la crosse de l'aorte, XXVI, 563.
Poumon. De l'absorption par le — XXVI, 484; effet de l'insufflation des — par l'air comprimé, XXVI, 485; des altérations provoquées par l'inhalation de crachats de phtisiques et d'autres substances organiques, XXVI, 480; de l'induration du — consécutive à la pneumonie, XXV, 162; rôle des hyperémies et phlegmasies broncho-pulmonaires dans l'évolution des lésions tuberculeuses du — XXVI, 138; de l'embolie — comme cause de mort rapide dans la phtisie, XXVI, 138; anévrisme de l'artère — chez un phtisique, XXVI, 138; mort subite dans la phtisie — par pénétration d'air dans les vaisseaux, XXVI, 137; rétrécissement de l'artère — XXVI, 554; anévrisme de l'artère — XXVI, 554; maladies syphilitiques du — chez les enfants, XXV, 262; syphilis du — XXV, 263, 679; XXVI, 210; examen des crachats dans la syphilis. — XXVI, 210; cancroïde dans une caverne — XXVI, 467; influence de l'intervention opératoire sur le développement et la marche de la tuberculose — XXVI, 716; des injections intra-parenchymateuses dans la tuberculose — XXVI, 64; drainage du — pour les abcès ou cavités suppurantes, XXV, 296, 300; drainage du — pour une bronchiectasie, XXV, 296; de l'extirpation du — dans la tuberculose expérimentale, XXV, 459; gangrène du — traitée par le drainage, XXV, 296; gangrène du — traitée par la résection, XXV, 296; de la résection et de l'extirpation du — XXV, 295. — R. B., XXV, 391, 787; XXVI, 388, 789.
Porencéphalie. *Voy.* cerveau.
Pression. De la — cérébrale, XXV, 13; variations de la — artérielle, XXV, 421; mesure de la — nécessaire pour la rupture des vaisseaux, XXVI, 485;

influence sur l'élasticité des parois vasculaires de l'augmentation de — du sang, XXVI, 41; cicatrice de la membrane tympanique obéissant aux variations de — XXV, 343.

Prostate. Kyste hydatique de la — XXVI, 289.— R. B., XXV, 391, 788; XXVI, 789.

Protubérance. Hémiplégie homonyme de la face et des membres dans les lésions en foyer de la — XXV, 518. *Voy.* cerveau, moelle.

Prurigo. Signification pathologique du — XXVI, 192.

Psoriasis. Nature du — XXVI, 196; — utérin, XXVI, 161.

Psychose. — dans l'enfance, XXV, 660, 661; — liées aux affections auriculaires, XXV, 340; des obsessions pathologiques, XXV, 692; démence sénile avec phénomènes d'obsession, XXV, 195; tabes dorsal illusoire, XXV, 195; de la vision mentale, XXV, 692. — R. B., XXV, 788; XXVI, 389, 789.

Ptérygion. Traitement du — XXVI, 726.

Ptomaïnes. Causes de la formation des — XXVI, 453; des — XXV, 42, 43, 44, 439; XXVI, 39; des — dans leurs rapports avec les recherches de toxicologie, XXV, 44; empoisonnement par les — XXV, 508, 509; — des poissons, XXVI, 451; les — de la viande cuite et de la viande de poisson, XXV, 508, 509; empoisonnement par les — des viandes gâtées, XXV, 501; septicémie intestinale par une — atropique, XXV, 219; — dans les déjections des cholériques, XXV, 583. — R. B., XXV, 391, 788; XXVI, 389, 789.

Puerpéral (état). Influence des sécrétions — sur l'organisme animal, XXV, 80: des éruptions cutanées dans l'infection — XXV, 253; du microbe de la fièvre et de la septicémie — XXV, 462, 463; micrococcus dans le pus d'un abcès — de la mamelle, XXVI, 49; micro organisme de la sécrétion lactée dans l' — XXVI, 490; bactéries des sécrétions — XXV, 80; de la peptonurie — XXVI, 173; pyohémie d'origine — chez un homme, XXVI, 716; traitement de la fièvre — par les bains froids, XXV, 250. — R. B., XXV, 391, 788; XXVI, 389, 789.

Pupille. De la réaction — chez les déments, XXV, 280. *Voy.* iris.

Purpura. Des — XXV, 254; — chloroformique, XXV, 255; polynévrite aiguë à la suite d'un — rhumatismal, XXV, 177; — rhumatismal consécutif à une angine, XXVI, 195; — aigu chez un enfant, XXVI, 631; — infectieux chez l'enfant, XXV, 671. — R. B., XXV, 392; XXVI, 790.

Pus. Bacilles tuberculeux dans le — des abcès, XXVI, 131; ulcération des artères au contact du — XXV, 712.

Putréfaction. Alcaloïdes de la — XXV, 42, 43, 44, 439; XXVI, 39; des cristaux de — XXVI, 654; de la transformation adipocireuse dans la — XXVI, 654.

Pylore. *Voy.* estomac.

Pyohémie. Le micro organisme de la — XXV, 78; — contagieuse des lapins, XXV, 78; — d'origine puerpérale chez l'homme, XXVI, 716; péricardite purulente suivie de — XXVI, 543. — R. B., XXV, 392; XXVI, 389, 790.

Q

Quebracho. Effets des alcaloïdes du — XXVI, 499.

Quinine. Influence de la — sur la nutrition de l'organisme sain, XXV, 97; action antizymasique de la — dans la fièvre typhoïde, XXV, 497; emploi du borate de — XXVI, 74. — R. B., XXV 788; XXVI, 790.

R

Rachis. Développement des protovertèbres chez l'embryon de poulet, XXVI, 409; des veines du — XXVI, 407; fracture des vertèbres cervicales avec compression médullaire, XXV, 700; fracture de l'apophyse odontoïde, XXV, 700; plaie du — avec écoulement de liquide céphalo-rachidien sans paralysie, XXV, 700; luxation bilatérale en avant de la troisième vertèbre cervicale, XXV, 307; paraplégie par flexion angulaire du — guérie par la trépanation, XXV, 306; diabète, suite de luxation du — XXV, 202. — R. B., XXV, 392, 789; XXVI, 389, 790.

Rachitisme. Traitement du — XXVI, 525; traitement du — par le phosphore, XXV, 498. — R. B., XXV, 392; XXVI, 390, 790.

Rage. R. B., XXV, 392, 789; XXVI, 790.

Rate. Rapports physiologiques du corps thyroïde et de la — XXV, 458, 460; toux splénique, XXVI, 99; division des noyaux et des cellules dans l'hyperplasie de la — XXV, 11; bruits de souffle — dans la fièvre intermittente, XXVI, 534; de la tuméfaction aiguë de la — XXV, 62; action de la résorcine sur la — XXV, 96; des ruptures de la — XXVI, 671; extirpation de la — XXV, 735; splénotomie pour tumeur de la — XXVI, 715. — R. B., XXV; 789; XXVI, 790.

Rectum. Anatomie du — XXV, 10, 413, nerfs moteurs et nerfs d'arrêt du — XXV, 428; des cloisons congénitales du — XXVI, 271; prolapsus du — causé par un rétrécissement congénital de cet organe, XXVI, 271; nævus du — XXVI, 271; adénomes du — XXVI, 271; expulsion par le — des parties fœtales dans une grossesse extra-utérine, XXVI, 187; traitement du prolapsus du — XXVI, 271; traitement

des rétrécissements et ulcères syphilitiques du — par la colotomie, XXVI, 63; méthodes du traitement du cancer du — XXVI, 271. — R. B., XXV, 392, 789; XXVI, 390, 790.

Récurrente (fièvre). La — malarienne aux Antilles, XXVI, 529.

Réflexe. Etude des — XXVI, 417; étude des — du genou, XXV, 574; influence du travail et de la fatigue sur les — tendineux, XXVI, 20; du spasme saltatoire, XXV, 194; du — tendineux dans le choléra, XXV, 595; — douloureux du nerf cubital dans certaines dyspepsies gastro-intestinales, XXVI, 83; perte des — tendineux dans le diabète, XXV, 202; du — du genou dans la dipthérie, XXVI, 145; des — dans l'ataxie, XXV, 560; des — chez les épileptiques, XXV, 278; des — chez les déments, XXV, 280. — R. B., XXV, 392, 789; XXVI, 390.

Rein. Du — céphalique, XXV, 3; développement du — XXV, 3; participation directe de l'ectoderme à la formation du rudiment du—XXV, 3; appareil de fixation des — XXV, 5; traité des maladies des — XXVI, 570; moyen de reconnaître si l'albuminurie a pour cause une maladie ou un trouble passager du — XXVI, 444; le — dans ses rapports avec le diabète, XXVI, 571; insuffisance — chez un malade ayant eu une néphrite aiguë et guéri en apparence, XXVI, 571; accidents observés chez les tuberculeux brightiques sans tuberculose — XXVI, 571; poids du cœur dans quelques lésions — consécutives au cancer utérin, XXVI, 548; des manifestations cardiaques dans le cours de la maladie de Bright, XXVI, 548; abcès miliaires des — dans la fièvre typhoïde, XXVI, 472; rapport entre les maladies de l'oreille et celles du — XXV, 342; affections du — dans la diphtérie, XXVI, 145; ascaride dans la région rénale, XXV, 608; valeur des altérations du — consécutives aux fibromes utérins pour les indications et le pronostic de l'hystérectomie, XXVI, 168; développement des tumeurs — aux dépens du tissu des capsules surrénales, XXV, 63; adénome du — XXV, 452; tuberculose — chez un enfant, XXV, 673; anurie par occlusion des uretères par des calculs, XXVI, 279; transfusion du sang dans la maladie de Bright, XXV, 285; observation de pyélolithotomie, XXV, 305. — R. B., XXV, 392, 789; XXVI, 390, 791, *Voy.* néphrectomie.

Résection. La — des côtes dans l'empyème chronique, XXV, 714, 722; de la — de l'apophyse mastoïde, XXVI, 322; névralgie du maxillaire inférieur guérie par la — du bord alvéolaire, XXVI, 681; de la — ostéoplastique du pied, XXVI, 296; — du pylore, XXVI, 229; — de l'estomac, XXVI, 229; — de l'intestin, XXVI, 187, 255, 263. — R. B., XXV, 393, 790; XXVI, 390, 791.

Résorcine. Action de la — sur la rate, XXV, 96; — dans les maladies du larynx, XXV, 338; traitement de la diarrhée par la — XXV, 493; traitement de la diphtérie par la — XXVI, 66.

Respiration. Du centre — XXVI, 12; — chez le fœtus, XXV, 22; effets de l'air condensé sur la — XXV, 21; influence de la richesse de l'air en oxygène sur les phénomènes chimiques de la — XXV, 423; — des animaux pendant le sommeil hibernal, XXV, 430; influence de la chaleur sur la — XXV, 455; le courant d'air d'expiration entraîne-t-il des bactéries, XXV, 72; échanges gazeux de la — chez les fébricitants, XXV, 89; influence de l'otite moyenne sur la—XXV, 342; du passage de fines particules de charbon des organes de la —. dans le torrent circulatoire, XXV, 93; — de Cheyne-Stokes chez un nouveau-né, XXV, 670; genèse du phénomène de Cheyne-Stokes, XXV, 172; altération du bulbe et des pneumogastriques qui déterminent le phénomène de Cheyne-Stokes, XXV, 59. — R. B., XXV, 393, 790.

Rétine. Couche des fibres nerveuses de la — XXVI, 406; influence de l'adaptation — sur l'intensité lumineuse des couleurs spectrales, XXVI, 24; absence d'excitabilité de la — pour la lumière qui pénètre dans une direction anormale, XXV, 20; mouvements des cônes et des cellules pigmentaires sous l'influence de la lumière et du système nerveux, XXVI, 23; anomalie du pouls veineux — XXV, 315; des hémorragies — XXV, 744; de l'embolie de l'artère centrale de la — XXVI, 307; cysticerque du tissu celluleux sous — XXV, 606; traitement du décollement de la — XXVI, 307.—R. B., XXV, 393, 790; XXVI, 390, 791.

Rétinite. Glaucome aigu dans le cours d'une — albuminurique, XXV, 743.

Rétrécissement. — du larynx et de la trachée dans la fièvre typhoïde, XXV, 333; observation de — du larynx, XXVI, 317; — cicatriciel de la trachée produit par la canule, XXV, 335; des — syphilitiques du pharynx, XXV, 322; traitement du — de la trompe d'Eustache par l'électrolyse, XXVI, 323; — syphilitique de l'œsophage, XXV, 680; gastrostomie pour — cicatriciels de l'œsophage, XXVI, 229; emploi du massage contre les — de l'urètre, XXVI, 289; des cloisons congénitales et des — du rectum, XXVI, 271; prolapsus du rectum causé par un — congénital, XXVI, 271; traitement des — syphilitiques du rectum par la colotomie, XXVI, 263; — transversal du bassin par arrêt de développement du sacrum, XXVI, 177.

Revues générales. De l'antipyrine, XXV, 344; la tuberculose chirurgicale, XXV, 350; du mycosis fongoïde, XXVI, 747; des relations du tabes dorsal avec la syphilis, XXVI, 324.

Rhinolithe. Observation de — XXV, 330. *Voy.* nez.

Rhinoplastie. De la — XXV, 326.

Rhinosclérome. Du — XXV, 326; des

micro-organismes du — XXVI, 473. *Voy.* nez.

Rhumatisme. De l'angine de poitrine — XXVI, 558; purpura — consécutif à une angine, XXVI, 195; de l'artérite aiguë — XXVI, 566; un cas de phlébite — XXVI, 591; de la ténonite d'origine — XXV, 739; polynévrite aiguë à la suite d'un purpura — XXV, 177; sur les affections — de l'œil, XXV, 310; altérations de l'ouïe dans le — blennorragique, XXVI, 321; de l'albuminurie dans le — articulaire aigu, XXVI, 591; du bubon — XXVI, 590; de l'œdème — XXVI, 590; forme de détermination rhumatoïde survenant chez les — sous l'influence de la fatigue, XXVI, 591; des nodosités — sous-cutanées, XXVI, 590, 591; origine nerveuse du — articulaire chronique, XXVI, 591; des luxations subites dans le cours du — XXV, 703; pseudo — des oreillons, XXVI, 591; syphilis simulant le — articulaire aigu, XXV, 682; l'antipyrine dans le — XXVI, 513; traitement du — articulaire chronique par l'azotate de strontiane, XXVI, 523; traitement du — par l'huile de gaulthéria, XXVI, 523. — R. B, XXV, 393, 790; XXVI, 391, 791.

Rinacantina. Emploi de la — dans les affections de la peau, XXVI, 648.

Roséole. R. B., XXV, 394, 391; XXVI, 792.

Rougeole. Contagiosité de la — XXV, 664; microbe de la — XXV, 457; simultanéité de la scarlatine, de la varicelle, et de la — XXV, 664; altération histologique de la peau dans la — XXVI, 598; présence du micrococcus pneumonique dans la broncho-pneumonie de la — XXVI, 47; pemphigus, suite de — XXV, 664; la kairine dans la —, XXV, 132. — R. B., XXV, 791; XXVI, 391, 792.

Rouget. La vaccination du mal — des porcs à l'aide du virus mortel atténué de cette maladie, XXV, 82; bactéries du — des porcs, XXV, 82.

Rubéole. De la — XXVI, 596.

Rumination. Théorie de la — XXV, 28; — chez l'homme et spécialement chez les aliénés, XXVI, 432. — R. B., XXVI, 792.

Rupture. — du cœur, XXVI, 558; — de l'artère axillaire dans la luxation de l'épaule, XXV, 707; des — de la rate, XXVI, 671; — de l'intestin du nouveau-né pendant l'accouchement, XXVI, 636; traitement des — traumatiques de l'intestin par la laparotomie et la suture, XXVI, 247; traitement de la — de la vessie, XXVI, 286.

S

Sacrum. Rétrécissement transversal du bassin par arrêt de développement du — XXVI, 177.

Saignée. — dans l'empoisonnement par la nitro-benzine, XXV, 110.

Salicylage. Du — des substances alimentaires, XXV, 151.

Salicylique (acide). Du — de soude dans la migraine, XXV, 134; traitement de la diarrhée par l'— XXV, 493.

Salivaire (appareil). Tuberculose des glandes — XXV, 60; sur les tumeurs mixtes des glandes — XXVI, 457; traitement de la fistule — XXV, 300; traitement des fistules — par les injections graisseuses, XXV, 732. — R. B., XXV, 394; XXVI, 391, 792.

Salive. Présence d'albumine dans la — des albuminuriques, XXVI, 571; moyen de reconnaître l'iodure de potassium dans la — XXV, 48.

Salpingite. *Voy.* utérus.

Sang. Le troisième élément du — XXV, 404; étude de quelques processus vitaux du — XXV, 450; XXVI, 463; étude des leucocytes, XXV, 450; recherches sur le — chez le fœtus, XXV, 22; nombre des globules rouges et proportion d'hémoglobine contenue dans le — XXVI, 16; de la division des globules blancs, XXVI, 462; étude de la diapédèse des leucocytes et des hématies, XXVI, 464; vitesse de la circulation du — XXVI, 418; migration des leucocytes dans les amygdales et les glandes vésiculeuses de la base de la langue, XXVI, 434; répartition du — circulant dans l'économie, XXV, 416; influence sur l'élasticité des parois vasculaires de l'augmentation de pression du — au point de vue des anévrismes, XXVI, 41; sur le sucre du — XXV, 24; des substances colorantes du — XXVI, 33; sur les savons comme partie constituante du plasma du —, XXV, 434; action du chlorate de potasse sur les globules du —, XXVI, 495; les plaquettes du — et la coagulation —, XXVI, 19; étude de la coagulation du —, XXVI, 419, 420; du rôle des leucocytes par rapport aux bactéries pathogènes, XXV, 69; numération des globules blancs du — après les hémorragies, XXVI, 40; changements subis par le — pendant la gestation, XXV, 22; réaction du — des cholériques, XXVI, 33; procédés de dilution du — chez les cholériques, XXV, 486; présence de sels biliaires dans le — des cholériques, XXV, 583; filaire du — XXV, 609; altération des globules rouges du — dans la malaria, XXVI, 534, 540; genèse de la mélanémie, 534; des bacilles de la tuberculose dans le — XXVI, 131; de l'accumulation des sels de potasse dans le sérum pendant l'attaque d'éclampsie, XXVI, 571; empoisonnement par le ferment fibrineux dans un cas de kyste —, XXV, 711; moyen de remédier à l'asphyxie résultant de l'introduction du — dans la trachée, XXV, 335; action du mercure sur le — chez les syphilitiques et les anémiques, XXVI, 495; action de la médication ferrugineuse sur le — XXVI, 58; richesse du — en hémoglobine dans

la chlorose et l'anémie après injection d'hémoglobine et de — XXVI, 699; des inhalations de — défibriné, XXVI, 699; influence d'une matière sécrétée par la sangsue sur la coagulabilité du — XXV, 472; XXVI, 494; des injections sous-cutanées du — XXVI, 699, 700; transfusion du — dans la plèvre, XXV, 285; transfusion du — par injections hypodermiques, XXV, 285; transfusion de — défibriné, XXV, 285; nouvelle méthode de transfusion du — XXVI, 700; effets de la transfusion du —, XXVI, 700; tranfusion du — dans la maladie de Bright et le diabète, XXV, 285; transfusion du — dans le péritoine, XXV, 285. — R. B., XXV, 394, 791; XXVI, 391, 792.

Sangsue. Influence d'une matière sécrétée par la — sur la coagulabilité du sang, XXV, 472; XXVI, 494.

Santonine. L'action convulsivante de l'acide — s'exerce-t-elle exclusivement sur l'encéphale, XXV, 97; aphasie toxique par la — XXV, 111.

Sarcome. — du nerf facial, XXVI, 681; — du nerf poplité, XXVI, 693; — du nerf sciatique, XXVI, 693; du diagnostic du — intra-oculaire, XXVI, 308; — de la glande lacrymale, XXV, 736; — mélanique de la conjonctive, XXV, 314; double opération pour un — thyroïdien, XXVI, 294; myxo — de la plèvre, XXVI, 634; — des gaines synoviales, XXVI, 298. — R. B., XXV, 394.

Saturnisme. Lésions du système nerveux produits par le — XXVI, 506; paralysies laryngées d'origine — XXVI, 743; amaurose — XXVI, 304; parotidite chronique —, XXVI, 602; — par les conduites d'eau, XXV, 147; observation de — par des grains de plomb, XXV, 147; — des tisseurs, XXV, 147; — par les viandes cuites sur des braises toxiques provenant de la combustion de vieux bois peints à la céruse, XXV, 147; — par les boîtes de conserves, XXV, 147; cas de — par l'empaquetage de la braise chimique, XXVI, 505; danger des cosmétiques, XXV, 147. — R. B., XXV, 394, 791; XXVI, 391, 792.

Savon. Des — médicinaux, XXVI, 648; — comme parties constituantes du plasma du sang et du chyle, XXV, 434.

Scarlatine. Contagiosité de la — XXV, 664; la contagion de la — XXVI, 599; récidive de — XXV, 664; simultanéité de la — avec la varicelle et la rougeole, XXV, 664; altérations histologiques de la peau dans la — XXVI, 598; étiologie de la — hémorragique, XXVI, 599; de l'érythème — récidivant, XXVI, 641; anasarque essentielle de la — XXV, 664; relation de la quantité de liquide absorbé avec la quantité d'urine éliminée dans la — XXVI, 598; synovite — XXV, 664. — R. B., XXV, 395, 792; XXVI, 392, 792.

Schyzomycètes. Coloration spéciale des — XXV, 49.

Sciatique. *Voy.* névralgie.

Sclérodermie. — précédée d'asphyxie des extrémités, XXVI, 198. — R. B., XXV, 395, 792; XXVI, 792.

Sclérose. — en plaques chez les enfants, XXV, 659 — en plaques et maladies infectieuses, XXV, 537 — de la moelle, XXV, 536; de la pseudo — XXV, 185.

Scorbut. — R. B., XXV, 792; XXVI, 392, 792.

Scorpion. Appareil venineux et venin du — XXV, 105.

Scotome. Persistance du — scintillant, XXV, 744.

Scrofule. Expériences comparatives sur l'inoculabilité de la — et de la tuberculose, XXVI, 47; — et tuberculose, XXVI, 125, 126; gourmes — tuberculeuses sans bacilles ni zooglées visibles ayant reproduit par inoculation la tuberculose bacillaire, XXVI, 132; nature et traitement de la — XXVI, 125; traitement des adénites — XXVI, 710, 711, 712. — R. B., XXV, 792; XXVI, 792.

Sécrétion. Action du sulfate de cinchonamine sur les — XXVI, 56.

Seigle ergoté. Principes constituants et effets du — XXV, 466; action comparée de l'ergotine, de l'ergotinine et de l'acide sclérotinique, XXVI, 502; injections d' — contre les fibromes utérins, XXV, 633; dangers du — dans l'ataxie, XXVI, 74. — R. B., XXV, 792; XXVI, 792.

Sensibilité. Limites de perception des impressions thermiques à l'état normal et à l'état pathologique, XXV, 565; étude de la — XXV, 13; de l'allochirie, XXV, 194. — R. B., XXV, 792.

Septicémie. Nouvelle — expérimentale, XXVI, 485; durée de l'immunité à la suite d'une première atteinte de — XXV, 78; étude sur les bactéries de la — XXV, 78; de la — gangréneuse, XXVI, 44, 45; agent virulent de la — puerpérale, XXV, 462, 463; — intestinale d'origine spéciale, XXV, 219; empoisonnement par le ferment fibrineux dans un cas de kyste sanguin, XXV, 711. — R. B., XXV, 792; XXVI, 392, 793.

Serpent. Composition et action du venin des — XXV, 103, 105, 109; accidents causés par les — XXV, 103; de l'iode comme antidote des morsures de — XXV, 105. — R. B., XXV, 792; XXVI, 392.

Sexe. — R. B., XXV, 792.

Simulation. Quelques formes de — chez les conscrits de Galicie, XXV, 753; des — chez les enfants, XXVI, 630.

Sitiophobie. Pronostic de la — XXV, 691.

Skatol. Nouvelle formation du — XXV, 41.

Skatolcarbonique (acide). De l' — XXV, 433.

Sommeil. Respiration du hérisson et des chauves-souris pendant le — hibernal, XXV, 430.

Sonde. Nouvelle — pour le lavage de la cavité utérine, XXV, 226.

Souffle (bruits de). Des — à distance, XXVI, 548; des bruits de gémissement du cœur, XXVI, 548; — diastolique aortique avec une aorte simplement

athéromateuse, XXVI, 563; — splénique dans la fièvre intermittente, XXVI, 534. *Voy*. cœur.
Spasme. — des muscles de l'abdomen dû à une tumeur du cerveau, XXV, 529; du — des veines, XXV, 218; de la rétraction — de la langue, XXV, 321; du — saltatoire, XXV, 194.
Spectre. De l'intensité lumineuse des couleurs — XXVI, 24; absorption des rayons ultra-violets par les milieux de l'œil et diverses substances, XXVI, 424.
Spermatogenèse. De la — XXV, 429.
Spermatorrhée. — vraie dans la vieillesse après une lésion de la moelle, XXV, 536.
Sperme. Recherche des taches de — XXVI, 671. — R. B., XXVI, 793.
Spina bifida. — guéri par la ligature élastique, XXVI, 228. — R. B., XXVI, 793.
Spirales. — de l'asthme dans la pneumomie, XXVI, 466.
Spirilles. Variétés de — XXVI, 490.
Splénotomie. — expérimentale, XXV, 458, 460; — pour tumeurs de la rate, XXVI, 715; obs. de — XXV, 735.
Spondylolisthésis. Obs. de — XXV, 243, 244 — chez un tabétique, XXV, 561. *Voy*. bassin.
Sporozoaire. Leçons sur les — XXV, 48.
Spray Valeur du — phéniqué dans les opérations sur l'abdomen, XXVI, 168.
Squelette. Développement du — des extrémités, XXVI, 5.
Staphylome. Traitement du — partiel et progressif, XXVI, 726.
Staphylloraphie. De l'âge auquel on doit pratiquer la — XXVI, 734.
Station. — R. B., XXVI, 392.
Statistique. — R. B., XXVI, 793.
Sternum. De l'angle xyphoïdien, XXV, 11; ablation d'une tumeur du — et du médiastin, XXV, 706.
Strabisme. Du temps propice pour l'opération du — XXV, 738; ténotomie partielle pour l'insuffisance des droits internes, XXV, 309. — R. B., XXVI, 393.
Strontiane. Traitement du rhumatisme chronique par l'azotate de — XXVI, 523.
Strychnine. Recherche de la — dans les cas d'empoisonnement, XXVI, 39.
Sublimé. *Voy*. mercure.
Sucre. Méthodes de recherche du — dans l'urine, XXVI, 443; inconvénients de la présence de chaux dans les — XXV, 499; nouvel acide lévogyre, XXV, 202; sur le — du sang, XXV, 24; excrétion du — par les urines chez l'homme sain à la suite de l'ingestion de substances hydrocarbonées, XXVI, 27; action de l'acétate de plomb sur le glucose et la lactose, XXVI, 449; résorption du — dans l'estomac, XXVI, 27.
Sueur. Parasites de la — XXVI, 202; des — colorées, XXV, 253; — localisées dans un cas de tabes, XXV, 565; cancer des glandes — XXVI, 456, 457; de l'agaricine contre les — XXVI, 72; de l'agaricine contre les — nocturnes des phtisiques, XXV, 133. — R. B., XXV, 395, 792; XXVI, 392.
Sulfovinique (acide). Préparation de l' — de l'urine, XXV, 45.
Sulfurique (acide). Présence de la substance formant l'acétone après l'empoisonnement par l' — XXV, 45.
Sulfure. Action de l'hydrogène — sur l'organisme, XXV, 468; de l'emploi des — dans la tuberculose laryngée, XXVI, 316; pseudotabes dû à l'intoxication par le — de carbone, XXVI, 61.
Suppuration. Microbe de la — XXVI, 45.
Surdimutité. La — en Prusse, XXV, 339; larynx et pharynx des — XXV, 325.
Surdité. — suite de plaie du cerveau, XXV, 518; — hystérique, XXV, 192. — causée par les oreillons, XXVI, 319. — R. B., XXVI, 793.
Synoviale, ite. Nature tuberculeuse des — à grains riziformes, XXVI, 716; sarcome des gaines — XXVI, 298; — scarlatineuse, XXV 664. — R. B., XXVI, 392, 793.
Syphilis. Manuel de la — XXVI, 207; du bacille de la — XXVI, 208; résultat d'auto-inoculations de chancres indurés, XXVI, 209; inoculabilité de la — aux animaux, XXV, 677; réinfection — XXV, 678; XXVI, 210; — du singe, XXV, 261; — des animaux, XXV 261; de la — équine, XXV, 683; chancre — hypertrophique, XXV, 682; diagnostic et traitement de la — héréditaire, XXV, 677; — hémorragique des nouveau-nés, XXVI, 210; origine — de la kératite parenchymateuse, XXVI, 303; lésions de l'oreille dans la — XXV, 264; — du larynx, XXV, 337; — du poumon chez l'enfant, XXV, 262; phtisie pulmonaire — XXV, 262, 263; — pulmonaire, XXV, 263, 679; XXVI, 210; examen des crachats dans la — pulmonaire, XXVI, 210; — cérébrale, XXV, 678; myélite — XXV, 263; des relations du tabes dorsal avec la — XXVI, 324; de la période préataxique du tabes — XXVI, 211; rapports de la — avec la paralysie générale, XXV, 282; névralgies — XXV, 262; XXVI, 213; altérations des vaisseaux lymphatiques dans la — XXV, 264; de la curabilité de l'artérite — XXVI, 213; des rétrécissements — du pharynx, XXV, 322; rétrécissement — de l'œsophage, XXV, 680; — du foie, XXV, 264; — de l'intestin, XXV, 265, 680; traitement des ulcérations — et rétrécissements — du rectum par la colotomie, XXVI, 263; de la rigidité, d'origine —, du col utérin pendant le travail, XXVI, 179; des gommes de la peau, XXV, 267; de la leucodermie — XXVI, 214; pemphigus — XXV, 682; myosite — XXV, 679; — simulant le rhumatisme articulaire, XXV, 682; arthropathies — XXV, 266; — des os; XXV, 681; ostéomyélite gommeuse, XXV 681; des fractures chez les — XXV, 267; action du mercure sur le sang des — XXVI, 495; de l'excision du chancre — XXVI, 214; pansement des ulcères — au sous-nitrate de bismuth et à l'oxyde de zinc, XXV, 268; injections hypodermiques de

calomel dans la — XXV, 268.— R. B. XXV, 395, 792; XXVI, 392, 793.

T

Tabac. Empoisonnement chronique par le — XXVI, 506.—R. B., XXVI, 393, 794.
Tabes. *Voy*. moelle.
Tænia. Reproduction directe des tænias, XXV, 606; épilepsie produite par un — XXV, 606; observation de — botriocéphales XXV, 606; traitement du — par le chloroforme, XXV, 138. — R.B., XXV, 396, 793; XXVI, 393, 794.
Taille. Traitement des cystites graves par la — XXVI, 283; de la —hypogastique, XXVI, 285.—R. B., XXV, 396, 793; XXVI, 794. *Voy*. vessie.
Tannin. Lavements de — dans le choléra, XXV, 486; traitement du choléra par le — XXV, 486.
Tarse. Nouvelle méthode d'amputation du méta —XXV, 735; des luxations métatarsiennes, XXV, 705.
Tatouage. Recherches sur les — XXVI, 676.
Teigne. De l'erythème tricophytique, XXV, 259; traitement de la — tondante par l'acide acétique, XXV, 260.—R. B., XXV, 793; XXVI, 394, 794.
Température. Limites de perception des impressions — à l'état normal et à l'état pathologique, XXV, 565; de la contraction des vaisseaux sanguins sous l'influence de l'élévation de — XXVI, 19; de l'exacerbation vespérale de la — physiologique, XXV, 423; rapports de la — avec la menstruation, XXV, 29; influence de l'hyperthermie sur les femelles en gestation, XXV, 240; action du bain froid sur la — XXVI, 63; modifications de la — par les onctions grasses dans les maladies fébriles des enfants, XXV, 676; — locale dans la phtisie pulmonaire, XXVI, 138; variations horaires diurnes et nocturnes de la — dans la pneumonie, XXVI, 157; des élévations de — névropathiques, XXVI, 601; influence de la laparotomie sur la — animale, XXVI, 602. — R.B., XXV, 396, 794; XXVI, 394, 794.
Tendon. La tuberculose des gaines synoviales — XXVI, 716; luxation du — du biceps, XXV, 705; influence du travail et de la fatigue sur les réflexes — XXVI, 20; du réflexe — dans le choléra, XXV, 595; perte des réflexes — dans le diabète, XXV, 202. — R. B., XXV, 396, 794; XXVI, 794. *Voy*. réflexe.
Ténonite. De la — XXV, 739.
Ténotomie. — partielle pour l'insuffisance des droits internes, XXV, 309.
Térébenthine. Traitement de la diphtérie par l'essence de — XXVI, 529; traitement de la diphtérie par les fumigations d'essence de — XXVI, 65; de l'essence de — contre l'hématurie endémique, XXV, 601.
Terpine, ol. Emploi de la — en thérapeutique, XXVI, 498.
Terreur.— nocturne chez les enfants, XXV, 660.
Testicule. Structure du cordon spermatique aux divers âges, XXV, 411. — R. B,, XXV, 396, 794; XXVI, 394, 794.
Tétanie. Variété de — des mains, XXV, 195; — d'origine gastrique, XXVI, 83; — liée à la dilatation de l'estomac, XXVI, 83; pathologie et anatomo pathologie de la — XXV, 575. — R. B., XXVI, 794.
Tétanos. — produit par les ascarides, XXV, 608; — de la tête ou hydrophobique, XXVI, 294. — R. B., XXV, 396, 794; XXVI, 795.
Tête. De l'anévrisme cirsoïde de la — XXV, 710; tétanos de la — XXVI, 294.
Thalline. Action de la — et de ses sels, XXVI, 56, 57; XXVI, 514, 515, 517; action des sels d'éthyl — XXVI, 516; emploi thérapeutique de la — dans les affections fébriles, XXVI, 515, 516.
Thérapeutique, Traité de — XXVI, 507; des savons médicinaux, XXVI, 648. — R. B. XXV, 496, 394, XXVI, 394, 795.
Thermonévrose. *Voy*. névrose.
Thoracentèse. La — dans l'empyème suivie d injections d'air purifié, XXV, 714; la pleurotomie antiseptique avec un seul lavage, XXV, 722.
Thorax. De l'angle xyphoïdien, XXV, 11; kyste hydatique du foie envahissant la cavité — XXVI, 119. — R. B., XXV, 396; XXVI, 795.
Thrombose. Oblitération de l'aorte abdominale par — XXVI, 563; — de la veine porte par compression dans le cours d'une péritonite tuberculeuse, XXVI, 115. — R. B., XXVI, 795.
Thym. Propriétés thérapeutiques du — XXVI, 497.
Thyroïde (corps). Rapports physiologiques du — et de la rate, XXV, 458, 460; traitement du goître par l'iode à l'intérieur et en injections, XXVI, 298; relevé de 300 cas d'extirpation de — XXVI, 703; extirpation du — XXV, 727; énucléation du — sans ligatures, XXVI, 703, 707; effets de l'extirpation du — XXV, 457, 458, 459; XXVI, 703; de la cachexie strumiprive après l'ablation du — XXV, 727; XXVI, 703, deux opérations pour un sarcome du — XXVI, 294; extirpation du — dans le goître exophtalmique, XXVI, 710.— R. B., XXV, 396, 795; XXVI, 395, 795.
Thyroïdite. — caséeuse affectant la forme du goître suffocant, XXV, 727.
Toluydène. Empoisonnement par le — diamine, XXV, 93; ictère et hémoglobinurie produits par le — XXV, 93.
Torticolis. Pathogénie du — XXV, 733.
Toux. — splénique et — hépatique, XXVI, 99; — réflexe due à des polypes du nez, XXV, 327; étude des médicaments employés contre la — XXV, 135.
Toxicodermie. — chez les plumassières, XXV, 256.

Toxicologie. Des ptomaines au point de vue de la — XXV, 44. *Voy*. médecine légale.

Trachée. Étude des ganglions péri — XXV, 332 ; obs. d'ozène — XXVI, 313; mort par obstruction de la — par un ganglion bronchique, XXVI, 317, 745 ; moyen de remédier à l'asphyxie résultant de l'introduction du sang dans la — XXV, 335 ; rétrécissement cicatriciel de la — produit par la canule, XXV, 335 ; des rétrécissements de la — dans la fièvre typhoïde, XXV, 333 ; des injections dans la — XXVI, 65. — R.B., XXV, 397, 796 ; XXVI, 395, 796.

Trachéotomie. Des — pratiquées au thermocautère, XXV, 334 ; destruction à travers la plaie de la — d'une tumeur sous-glottique, XXVI, 317.

Trachome. Traitement du — sans jéquirity, XXVI, 300 ; traitement du — par le jéquirity, XXVI, 300.

Transfusion. Extrait de sangsue pour prévenir la coagulation du sang dans la — XXVI, 494 ; nouvelle méthode de — du sang, XXVI, 700 ; effets de la — du sang, XXVI, 700 ; — du sang par injections hypodermiques, XXV, 285 ; — du sang dans la plèvre, XXV, 285 ; — du sang dans le péritoine, XXV, 285 ; — de solution de chlorure de sodium, XXV, 285 ; effets des — de solutions salines, XXVI, 699 ; — de lait, XXVI, 700 ; — du sang dans la maladie de Bright et dans le diabète, XXV, 285 ; — dans l'empoisonnement par la nitrobenzine, XXV, 110. — R. B., XXV, 397, 796 ; XXVI, 355, 796.

Transsudation. Processus de — dans l'organisme, XXV, 456.

Traumatisme. Influence du — sur l'hystérie, XXV, 192. — R. B., XXV, 796 ; XXVI, 395.

Tremblement. R. B., XXVI, 395.

Trépanation. — pour les abcès du cerveau, XXV, 695 ; — dans les fractures du crâne, XXV, 695; — pour l'épilepsie traumatique, XXV, 695; XXVI, 712 ; — du rachis pour une paraplégie consécutive à la flexion angulaire de la colonne, XXV, 306. — R. B., XXV, 397, 796.

Trichinose. Épidémie de — XXV, 609; l'épidémie de — d'Emersleben, XXV, 157 ; — en Prusse, XXV, 513 ; examen des viandes — XXV, 514 ; — des porcs américains, XXV, 50, 513. — R. B., XXV, 796.

Trichloroacétique. Action de l' — XXV, 134, 439.

Trichorrexie. De la — noueuse, XXV, 259.

Trompe d'Eustache. Ouverture anormale de la — XXV, 343. *Voy*. oreille.

Trophiques. Troubles — dans l'ataxie, XXV, 561.

Trypsine. Présence de la — dans l'urine, XXVI, 445; la — comme dissolvant des membranes diphtéritiques, XXVI, 66.

Tuberculose. Bacilles de la — XXVI, 131; du micro-organisme de la — zoogléique, XXVI, 482; des bacilles de la — dans le sang, XXVI, 131; valeur diagnostique du bacille de la — XXVI, 477; recherche du bacille dans la — calcifiée, XXVI, 131 ; nouveau procédé de culture des bacilles — XXVI, 132; action de la digestion artificielle, de la cuisson, du chauffage sur le bacille de la — XXVI, 132; action des antiseptiques sur le microbe de la — XXVI, 125; cas de — congénitale chez les animaux, XXVI, 477; rareté de la contagion de la — XXVI, 126; obs. de contagion de la — XXVI, 125 ; transmission de la — par le vaccin, XXVI, 126; la — est-elle transmissible par le vaccin? XXVI, 477; infection par le lait — XXVI, 481; inoculation de la — par le lait vendu à Paris, XXVI, 125 ; transmission de la — par la consommation de la viande, XXVI, 477; des inoculations locales de — XXVI, 477 ; inoculation de la — par le doigt, XXVI, 477 ; inoculation de la — par inhalations, XXVI, 125 ; contagion de la — par les crachats des malades, XXVI, 125; de la transmissibilité de la — par les crachats, XXVI, 477, 480; des altérations pulmonaires provoquées par l'inhalation de crachats — XXVI, 480 ; variations de nombres des bacilles dans les crachats des — XXVI, 132; infection — par la voie génitale, XXVI, 126; expériences comparatives sur l'inoculabilité de la scrofule et de la — XXVI, 47; autoinoculation et réinoculation de la — XXVI, 483; gommes scrofulo — sans bacilles ni zooglées visibles ayant reproduit par inoculation la — bacillaire, XXVI, 132 ; scrofule et — XXVI, 125, 126; valeur de la réaction diazobenzoïque dans la — XXVI, 447 ; méthode de coloration des bacilles — XXVI, 482 ; bacilles — et microcoques de la pneumonie chez le même sujet, XXVI, 487 ; bacilles de la — dans des ulcérations du périnée, du vagin et de la lèvre inférieure, XXVI, 131 ; bacilles de la — dans le pus des abcès, XXVI, 131 ; bacilles — dans l'otite suppurée, XXVI, 320 ; — de l'œil, XXV, 742, 743 ; XXVI, 308; — de l'iris et du corps ciliaire, XXV, 742 ; méningite — des enfants en bas âge, XXV, 659 ; forme rare de — laryngée, XXVI, 744 ; des érosions catarrhales et de leurs rapports avec la — laryngée, XXVI, 742 ; mort subite dans la — pulmonaire par pénétration d'air dans les vaisseaux, XXVI, 137 ; virulence — de certains épanchements de la plèvre et du péritoine, XXVI, 126 ; rôle des hyperémies et phlegmasies broncho-pulmonaires dans l'évolution des lésions — du poumon, XXVI, 138; pleurésie — phtisiogène d'emblée, XXVI, 138; de la — pulmonaire anthracosique, XXV, 162; péricardite consécutive à l'adénopathie bronchique — XXVI, 543 ; — du pharynx, XXVI, 736 ; de la — des amygdales, XXVI, 308; — de la bouche, XXV, 60 ; — de

la langue, XXV, 60; XXVI, 712 ; — des glandes salivaires, XXV, 60; — de l'œsophage, XXV, 61; — du foie, XXVI, 115; cirrhose du foie et — du péritoine, XXVI, 115 ; — du rein et de la vessie chez un enfant, XXV, 673 ; accidents observés chez les — brightiques sans — rénale, XXVI, 571 ; thrombose de la veine porte par compression dans le cours d'une péritonite — XXVI, 115 ; — de la mamelle de la vache, XXVI, 481 ; — péritonéopleurale subaiguë, XXVI, 138; — de la peau, XXV, 60; méningite — consécutive à un lupus, XXVI, 641 ; rapports du lupus et de la — XXV, 257 ; — de la poche d'un kyste ovarique, XXVI, 603 ; influence de la — sur la grossesse et sur le produit de la conception, XXV, 240 ; la — chirurgicale, Revue générale, XXV, 350; rapports de la — et du cancer XXVI, 138 ; de l'influence de l'intervention opératoire sur le développement et la marche de la — pulmonaire, XXVI, 716 ; des méthodes de traitement de la — articulaire, XXVI, 716 ; — des hygromas et des synoviales tendineuses, XXVI, 716 ; de l'extirpation du poumon dans la — expérimentale, XXV, 459 ; de l'emploi des sulfureux dans la — laryngée, XXVI, 316 ; des injections intra-parenchymateuses dans la — pulmonaire, XXVI, 64. — R. B., XXV, 397, 796; XXVI, 395, 796.

Tumeur. Production de — par enkatarraphie, XXVI, 493 ; de la diathèse néoplasique, XXVI, 456 ; pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille, XXVI, 456; origine des — dans une anomalie de développement, XXV, 60; de la métamorphose maligne des — XXVI, 456 ; des — dites perlées, XXVI, 456 ; des — mixtes des glandes salivaires, XXVI, 457 ; étude des — du sein, XXVI, 457 ; étude des fausses — chez les hystériques, XXVI, 161. — R. B., XXV, 398, 797 ; XXVI, 396, 796

Tympan. *Voy.* oreille.

Typhoïde (fièvre). Contagion de la — par le lait, XXV, 509 ; coexistence de la — et de la diphtérie, XXVI, 144 ; dilatation de l'estomac consécutive à la — XXVI, 83 ; abcès miliaires des reins dans la — XXVI, 472 ; des périostites consécutives à la — XXVI, 297 ; de l'antipyrine dans la — XXVI, 71, 72 ; traitement de la — par la kairine, XXV, 492, 493 ; action antizymazique de la quinine dans la — XXV, 497. — R. B., XXV, 398, 797; XXVI, 396, 797.

U

Ulcération, ulcère. — des artères au contact des foyers purulents, XXV, 712 ; bactéries dans l' — de la cornée, XXVI, 303 ; traitement de l' — de la cornée, XXV, 739; traitement de l' — cornéen par le raclage et l'iodoforme, XXV, 311; des — du nez et de la cloison, XXV, 330 ; — perforant de l'œsophage chez un enfant, XXVI, 634 ; anatomie pathologique de l' — de l'estomac, XXVI, 94 ; traitement de l' — simple de l'estomac, XXVI, 77 ; — perforant du duodénum, XXVI, 94 ; un cas d' — rond du vagin, XXV, 227 ; bacilles de la tuberculose dans des — du périnée du vagin et de la lèvre inférieure, XXVI, 131 ; pathologie de l' — rongeur, XXVI, 640 ; de l' — perforant dans le tabes, XXV, 561 ; lésions vasculaires et nerveuses dans un cas d' — de jambe, XXV, 449. — R. B., XXV, 398, 798; XXVI, 397, 797.

Urée. Formation de l' — pendant la digestion des aliments azotés, XXV, 426; des variations de l' — sous diverses influences, XXV, 26 ; variations de l' — dans les différentes maladies, XXVI, 50; variations de l' — dans le cancer, XXV, 436 ; XXVI, 37. — R. B., XXV, 399; XXVI, 397, 797.

Urémie. Recherches sur l'origine de l' — XXVI, 571 ; de l'accumulation des sels de potasse dans le sérum pendant l'attaque d' — XXVI, 571 ; — d'origine hépatique, XXVI, 99; amaurose — XXV, 315. — R. B., XXV, 798; XXVI, 797.

Uretère. Anurie par occlusion des — par des calculs, XXVI, 279; néphrectomie pour une fistule de l' — XXV, 639.

Urètre. Anatomie de l' — chez la femme, XXV, 6; action anesthésique de la cocaïne sur l'— XXV, 481, 485 ; de la pneumaturie, XXVI, 285 ; oblitération des canaux excréteurs et inflammation des glandes de Cowper, XXVI, 290, 291 ; épithélioma de la glande de Cowper, XXVI, 466 ; hernie polypiforme de la vessie à travers l' — chez une femme, XXVI, 286 ; des calculs de l' — XXVI, 279 ; emploi du massage contre les rétrécissements de l' — XXVI, 289. — R. B., XXV, 399; XXVI, 797.

Urétrite. De l' — postérieure simple ou compliquée, XXV, 685 ; de l' — chronique blennorragique, XXV, 269.

Urinaires (voies). Leçons sur les maladies des — XXVI, 277, 278 ; la cocaïne dans les maladies des — XXVI, 69. — R. B., XXV, 798 ; XXVI, 397.

Urine. Conditions de la réaction alcaline de l' — XXV, 90 ; composition chimique de l' — du porc, XXV, 37 ; étude des matières grasses que peut contenir l' — XXV, 438 ; détermination des alcalis dans l' — XXV, 37 ; l' — contient-elle de la cystine? XXVI, 446; présence d'alcaloïdes toxiques dans l' — XXV, 44 ; présence de la pepsine et de la trypsine dans l' — XXVI, 445 ; préparation de l'acide sulfovinique de l' — XXV, 45 ; manière de reconnaître l'acide mercapturique dans l' — XXV, 40 ; valeur diagnostique de la réaction de l' — par l'acide diazobenzolsulfurique, XXV, 202, 438 ; détermination de l'azote dans l'— XXVI, 34, 444; dosage du chlore dans l'— XXVI, 36 ; présence de l'acide phé-

naciturique dans l' — du cheval, XXVI 36; excrétion du sucre par les — chez l'homme sain à la suite de l'ingestion de substances hydrocarbonées, XXVI, 27; méthodes de recherche du sucre et de l'albumine dans l' — XXVI, 443; recherche de l'albumine dans l' — par l'acide métaphosphorique, XXV, 35; recherche du sucre dans l' — des diabétiques, XXV, 437; lévulose dans une — diabétique, XXVI, 34; nouvel acide lévogyre, XXV, 202; acide oxybutyrique dans les — des diabétiques, XXV, 202; acide hydroxybutyrique de l' — diabétique, XXVI, 35; recherche du mercure dans l' — XXV, 37; élimination de la naphtaline par l' — XXVI, 520; recherche de la morphine dans l' — XXV, 438; rapports entre les mouvements de l'iris et la présence ou l'absence d'acides biliaires dans l' — XXVI, 99; — pathologiques, XXVI, 35; des — rosaciques, XXVI, 37; caractères de l' — après l'usage de la kairine, XXVI, 36; relation de la quantité de liquide absorbé avec la quantité d' — éliminée dans la scarlatine, XXVI, 598; excrétion de sels calcaires par l' — dans la phtisie pulmonaire, XXVI, 138; examen des — dans les maladies de l'abdomen, XXVI, 37; variations des éléments solides contenus dans l' — pendant les suites de couches, XXV, 246; incontinence d' — chez les enfants, XXV, 674; rétention d' — chez un enfant de 6 mois, XXVI, 636; traitement de l'infiltration d' — XXVI, 284. — R. B., XXV, 399, 798; XXVI, 398, 798.

Urobilinurie. Valeur diagnostique de l' — en gynécologie, XXV, 436.

Urochloralique (acide). Préparation, propriétés et produits de décomposition de l' — XXV, 38.

Urticaire — factice, XXVI, 196. — R. B., XXV, 399, 798; XXVI, 398.

Utérus. Développement de l' — jusqu'à la naissance, XXV, 411; de l'orifice interne du col — XXV, 8; que doit-on appeler segment inférieur de l' — XXV, 646; superinvolution de l' — XXV, 22; traité des déviations — XXV, 624; de la circulation — et des troubles apportés par les déplacements — XXVI, 626; des causes de l'anteflexion — XXV, 626; raccourcissement des ligaments ronds pour remédier aux déviations et chutes — XXV, 626; XXVI, 170; entrée de l'air dans les veines — XXV, 651; poids du cœur dans quelques maladies rénales consécutives au cancer — XXVI, 548; nouvelle sonde pour le lavage de la cavité — XXV, 226; état de la muqueuse — après le râclage, XXV, 628; cautérisation ponctuée contre l'hypertrophie du col — XXV, 226; diagnostic et traitement des maladies des trompes, XXVI, 622; perforation intestinale dans le cours d'une exploration de la cavité — XXV, 239; grossesse dans un — bifide, XXV, 650; action de l'électricité sur l' — pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, XXVI, 175; de la rigidité d'origine syphilitique du col — pendant le travail, XXVI, 179; endométrite purulente dans la grossesse, XXVI, 174; variole intra — XXVI, 631; psoriasis — XXVI, 161; inversion de l' — produite par des tumeurs, XXV, 239; inversion de l' — suite d'accouchement, XXV, 243; traitement de l'inversion — XXVI, 165; élytrorraphie médiane contre le prolapsus — XXV, 627; traitement de l'hémorragie — XXV, 629; de l'hydrastis dans les hémorragies — XXV, 133; de l'hématocèle rétro — XXV, 225; traitement de l'hématocèle péri — XXV, 629; de la laparotomie pour l'hématocèle péri — XXVI, 622; de la salpingo-oophorectomie, XXVI, 622; ablation des ovaires dans les cas de salpingite kystique, XXVI, 622; laparotomie pour la dilatation kystique des trompes — XXVI, 622; laparotomie pour l'hydropisie de la trompe, XXVI, 170; laparotomie pour les abcès péri — XXVI, 625; perforation de l' — par un polype placentaire, XXVI, 166; développement des fibromes — XXV, 227; étude de 822 cas de fibromyomes — XXVI, 166; des fibromes — malins, XXV, 231; altérations de la muqueuse — dans les cas de myomes — XXVI, 614; valeur des altérations du rein consécutives aux fibromes — pour les indications et le pronostic de l'hystérectomie, XXVI, 168; gangrène d'un fibrome utérin pendant la grossesse, XXV, 227; énucléation des fibromes — à la suite de l'accouchement, XXV, 231; mort par rupture du col — pendant l'ablation d'un fibrome, XXVI, 614; traitement des fibromes — XXV, 227, 633; classification des fibromes — et des opérations qui leur sont applicables, XXVI, 614; injections d'ergotine pour les fibromes — XXV, 633; injections de perchlorure de fer pour un fibrome — XXV, 232; de l'électrolyse pour les fibromes — XXV, 633; ablation d'un fibrome — par l'anse galvano-caustique, XXV, 232, 238; énucléation des fibromes — interstitiels, XXVI, 614; ablation d'un fibrome — sous-séreux, XXVI, 614; l'ovariotomie pour fibromes — XXV, 227; — extirpation des trompes et des ovaires pour les fibromes — XXV, 630; extirpation d'un fibrome — pendant la grossesse, XXV, 633; XXVI, 614; de la laparomyomotomie pour les fibromes, — XXV, 633; ablation par le vagin d'un fibrome — XXVI, 168; hystérotomie pour des fibromes — XXV, 231; ablation des ovaires dans le traitement des fibromes — et des ménorragies, XXVI, 612; traitement du pédicule dans les opérations de myomotomie, XXVI, 614; hystérotomie sus-vaginale pour fibromes, XXVI, 614; indications pour l'amputation du col — XXVI, 621; du cancer de l' — gravide, XXVI, 180; résultats statistiques du traitement chirurgical du cancer — XXV, 639; extirpation de l' — par le

vagin, XXV, 638, 639; de l'extirpation de l' — cancéreux, XXV, 639; XXVI, 171, 619; ablation d'un cancer du col pendant la grossesse, XXV, 639; observation d'hystérectomie, XXVI, 168; des sutures — dans l'opération césarienne, XXV, 250.—R. B., XXV, 399, 798; XXVI, 398, 798.

V

Vaccin, ation. Des micro-organismes du — et de leur culture, XXV, 621; transmission de la tuberculose par le — XXVI, 126; la tuberculose est-elle transmissible par le — XXVI, 477;— efficace sans manifestations cutanées, XXV, 664; éruption gangréneuse, suite de — XXV, 664; éruptions — généralisées, XXV, 664; de l'électuaire — XXV, 621; les re — XXV 220. — R. B., XXV, 400, 800; XXVI, 399, 799.
Vagin. Innervation du — XXVI, 51; persistance du corps de Wolff dans la portion — XXVI, 470; de la contraction du — XXVI, 30; influence de la pipéridine, de la conine, de l'éther sur la contraction — XXVI, 51; un cas d'ulcère rond du — XXV, 227; bacilles de la tuberculose dans une ulcération du — XXVI, 131; traitement des fistules vésico — XXV, 630; élytrorraphie médiane contre le prolapsus utérin, XXV, 627; hystérotomie par la voie — XXV, 638, 639. — R. B., XXV, 400, 800; XXVI, 399, 799.
Vaginisme. Cocaïne contre le — XXV, 481.
Vaisseaux. Rapports qui existent entre les — sanguins et les — lymphatiques, XXV, 6; développement des glandes — XXVI, 403; les anastomoses des — placentaires dans les grossesses gémellaires, XXVI, 5; mesure de la pression nécessaire pour la rupture des — XXVI, 485; influence sur l'élasticité des— de l'augmentation de la pression du sang au point de vue des anévrismes, XXVI, 41; de la contraction des — sanguins sous l'influence de l'élévation de température, XXVI, 19; altération des — par la cantharidine, XXV, 475; lésions des — dans un cas d'ulcère de jambe, XXV, 449; mort subite dans la phtisie pulmonaire par pénétration d'air dans les — XXVI, 137. — R. B., XXVI, 399.
Varaire. *Voy.* hellébore.
Varice. — R. B., XXVI, 799.
Varicelle. Eruption prodromique de la — XXV, 664; simultanéité de la — avec la scarlatine et la rougeole, XXV, 664; néphrite dans la — XXVI, 630.—R.B., XXV, 800; XXVI, 399, 799.
Variole. Prophylaxie de la — XXV, 220; — intra-utérine, XXVI, 631; acné—iforme terminé par la mort, XXVI, 205; la kairine dans la — XXV, 132.— R. B., XXV, 400, 800; XXVI, 399, 799.
Vaso-moteurs. Nerfs moteurs et d'arrêt du rectum, XXV, 428; troubles — dans le cours de l'ataxie, XXV, 565; malade autographique à urticaire factice, XXVI, 196.
Végétaux. Ferments peptonisants des sucs — XXVI, 429.
Veine. Distribution des fibres élastiques dans les — XXV, 403; des — du rachis, XXVI, 407; circulation — du pied, XXVI, 4; étude du pouls — XXVI, 553; valeur diagnostique du collapsus — diastolique, XXVI, 543; anomalie du pouls — rétinien, XXV, 315; du spasme des — XXV, 218; anévrisme artério — de la carotide primitive et de la jugulaire interne, XXVI, 695; plaie de l'artère et de la — fémorale, ligature des deux vaisseaux, XXVI, 698; kyste du cou communiquant avec la jugulaire, XXV, 712; oblitération de la — cave supérieure, XXVI, 554; thrombose de la — porte par compression dans le cours d'une péritonite tuberculeuse, XXVI, 115; entrée de l'air dans les — utérines, XXV, 651; pénétration d'ascarides dans la — splénique, XXV, 608; injections intra — dans le choléra, XXV, 486; injections intra — d'iode, XXV, 65. — R. B., XXV, 400, 800; XXVI, 399, 799.
Venin. Composition et action du — des serpents, XXV, 103, 105, 109; action du — de scorpion, XXV, 105; — du lézard de l'Arizona, XXV, 105; appareil à — des poissons du genre vive, XXV, 12.
Verrues. Influence des — sur le développement des épithéliomes cutanés, XXVI, 457; injections d'arsenic dans les tumeurs — XXVI, 526.
Vertige. — oculaire, XXV, 310; des—dans les maladies de la moelle, XXV, 537; troubles — dans le tabes, XXV, 553.
Vésicatoire. Intoxication cantharidienne par le — XXV, 475.
Vessie. Leçons sur les tumeurs de la — XXVI, 278; diagnostic des néoplasmes de la — XXVI, 276, 281; du cancer primitif de la—XXVI, 281; tuberculose de la — chez un enfant, XXV, 673; paralysie — consécutive à des pansements phéniqués, XXVI, 291; de l'hématurie endémique et de son traitement par l'essence de térébenthine, XXV, 601; hernie polypiforme de la — à travers l'urètre chez une femme, XXVI, 286; énorme calcul de la — XXVI, 279; traitement des fistules — intestinales par la colotomie, XXVI, 283; traitement des fistules — vaginales, XXV, 630; suture de la vessie en cas de plaie, XXVI, 286; traitement de la rupture de la — par la suture, XXVI, 286; extirpation d'une tumeur polypeuse de la — XXVI, 281; extirpation d'un adénome papillaire de la — XXVI, 281; de l'extirpation de la — XXVI, 286; extirpation de la — dans les cas d'exstrophie, XXVI, 286. — R. B., XXV, 400, 800; XXVI, 399, 799.
Viande. Transmissibilité de la tuberculose par la consommation de la — XXVI, 477; accidents de saturnisme par l'usage de — cuites sur des braises toxiques, XXV, 147; les ptomaines de la

— XXV, 501, 508, 509; empoisonnements par les — gâtées, XXV, 501, 508, 509; emploi des poudres de — dans l'alimentation du soldat, XXV, 755
Vieillard. Démence — XXV, 195; spermatorrhée vraie chez les — après une lésion de la moelle, XXV, 536.
Vin. Falsifications des — XXV, 151; nouveau colorant pour les — XXV, 499; plâtrage des — XXV, 151.
Virus, virulence. Action de la chaleur et de la dessiccation sur la — des liquides septiques, XXV, 65; immunité et atténuation des — XXV, 73. *Voy.* bacille, bactéries, organismes inférieurs.
Vision. Des limites périphériques du champ — XXV, 308; de l'accommodation de perspective, XXV, 422; de l'amplitude de convergence, XXVI, 722; de la — mentale, XXV, 692; troubles — dans le tabes, XXV, 553; troubles de la — consécutifs à la diphtérie, XXVI, 145; troubles — dans le goitre exophtalmique, XXVI, 303. — R. B., XXV, 400; XXVI, 400, 800.
Vitré (corps). Cysticerque du — XXV 606. — R. B., XXVI, 800.
Vive. Voy. poisson.
Voix. Physiologie de la — XXVI, 424.
Vomissements. Des — fonctionnels dans l'hystérie, XXV, 192; cocaïne contre les — incoercibles de la grossesse, XXV, 481.
Vulve. Anatomie des petites lèvres, XXV, 9; disposition particulière des petites lèvres chez la femme, XXV, 646; kystes de l'hymen, XXV, 674. — R. B., XXV, 400; XXVI, 800.

W

Wolff (corps de). Développement du — XXV, 3; persistance du — dans la portion vaginale, XXVI, 470.

X

Xanthelasma. Caractères anatomiques du — XXVI, 201; — chez une enfant de 2 mois, XXVI, 200. — R. B., XXV, 800; XXVI, 400.
Xanthine. Synthèse de la — XXV, 36; de la para — XXV, 36.
Xanthome. R. B., XXV, 400.

Z

Zinc. L'oxyde de — contre les plaies vénériennes, XXV, 268; pseudo-glycosurie due à des injections de sulfate de — XXV, 203.
Zona. De la névrite dans le — XXVI, 197; obs. de — chez les enfants, XXVI, 631. — R. B., XXVI, 400.



Paris. — Soc. d'imp. PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 184.12.85.

